

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

592

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

RABINER Élie-Léon

Né le 5 mars 1868, à Nicolaïeff (Russie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

MUTISME & DU BÉGALEMENT

CHEZ LES HYSTÉRIQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

Jury { professeur : M. HUTINEL.
agrégés : MM. WIDAL et POIRIER.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

RABINER Élie-Léon

Né le 5 mars 1868, à Nicolaïeff (Russie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

MUTISME & DU BÉGALEMENT

CHEZ LES HYSTÉRIQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

Jury { professeur : M. HUTINEL.
agrégés : MM. WIDAL et POIRIER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

MÉDECIN A L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHAPITRE I

INTRODUCTION

De tous les accidents par lesquels se manifeste l'hystérie, les troubles du langage ont été les moins étudiés. Aussi, avons-nous cru faire œuvre utile en présentant dans notre travail inaugural un document qui, au point de vue clinique, nous semble fort intéressant. En effet, il s'agit ici de l'histoire du malade, que Charcot a déjà présenté à sa leçon du 17 avril 1888, et que nous avons eu la bonne fortune de retrouver dans le service de notre éminent Maître, M. le Professeur Joffroy.

C'est en analysant le cas de notre malade devant les auditeurs que l'illustre savant de la Salpêtrière a fait ressortir les traits caractéristiques des deux syndrômes de l'hystérie, qui font l'objet de notre travail, à savoir : *le mutisme et le bégaiement*. Grâce à cette remarquable leçon, nous savons comment a débuté la maladie, quel était son cours jusqu'au jour où le malade s'était présenté à l'analyse du grand clinicien.

Mais, malheureusement, la maladie continuant son évolution, a passé depuis par différentes phases, et à l'heure

actuelle le cycle d'accidents n'est pas encore clos, si bien que, commencée en 1880, la maladie est arrivée au chiffre respectable de 16 ans de durée.

Si les huit premières années de la maladie nous sont connues grâce à la leçon de Charcot, en revanche, les huit dernières resteraient totalement inconnues du public médical, car les observations qui les concernent n'ont pas été encore publiées.

Ces observations furent prises à la Clinique de Sainte-Anne où le malade avait fréquemment effectué ses entrées depuis 1890.

Notre excellent Maître, M. le Professeur Joffroy, nous inspira l'idée de les joindre à la célèbre leçon de Charcot, de façon à en faire un tout complet et d'apporter ensuite d'autres documents analogues, épars dans la littérature médicale.

La lecture de ces documents nous apprend combien, souvent, le type du muet et du bègue hystérique, décrit par Charcot, se réalise dans ces observations. Il y a cependant un certain nombre de faits où le type idéal, si nous pouvons nous exprimer ainsi, avait subi une légère déviation : ainsi le mustisme hystérique, par exemple, peut être accompagné d'agraphie et de surdité de même nature.

Dans ce travail, nous nous garderons bien de discuter les différentes théories émises à ce sujet, n'ayant pour cela ni les connaissances, ni l'expérience nécessaires ; nous nous bornerons seulement à les exposer dans l'ordre chronologique pour montrer par quelles conceptions différentes a passé l'étude clinique de notre sujet.

Nous voulons nous étendre un peu sur le traitement, où

nous passerons en revue les différents moyens qui ont été proposés pour soulager, sinon guérir, ces infortunés malades.

Nous pensons donc qu'en étudiant deux accidents de l'hystérie, comme le mutisme et le bégaiement, il est utile pour la clarté de la description de diviser le travail en plusieurs chapitres.

Certes, nous n'ignorons point toutes les difficultés que nous rencontrerons au cours de notre exposé; c'est dire que nous savons à l'avance combien notre travail sera imparfait.

Notre seule ambition est d'apporter un nouveau document pour servir à l'étude clinique des dysphasies et des dyslalies hystériques et de réunir, en un faisceau, d'autres observations analogues dont la publication est postérieure à la leçon de Charcot.

Mais avant de remplir notre programme, nous sommes heureux de témoigner publiquement notre profonde reconnaissance à nos savants Maîtres des hôpitaux de Paris pour nous avoir initié à l'art difficile de la médecine. Nous n'oublierons pas combien nous leur sommes redevable. Leur parole ne s'effacera jamais de notre mémoire, leurs préceptes nous serviront toujours de guide dans notre pratique.

Nous adressons plus particulièrement l'hommage de notre vive gratitude à notre éminent Maître, M. le Professeur Joffroy, car il nous a donné l'idée première de notre thèse et il ne nous a ménagé ni ses conseils, ni son savoir pour nous guider dans notre travail.

Que l'éminent professeur, M. Straus, veuille bien agréer
l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II

DIVISION DU SUJET

Mutisme hystérique. — Avant d'aborder la description clinique de ce syndrome, nous allons esquisser en quelques lignes l'histoire, puis nous rappellerons brièvement les conditions étiologiques, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Bégaiement hystérique. — Nous nous efforcerons d'étudier ce second syndrome comme nous venons de le faire pour le premier.

Ensuite nous exposerons les observations sur lesquelles nous nous sommes surtout basé, ainsi que nos conclusions, et terminerons par un aperçu bibliographique des principaux ouvrages à consulter.

PREMIÈRE PARTIE

MUTISME HYSTÉRIQUE

CHAPITRE III

HISTORIQUE

Les cas de mutisme hystérique se trouvent à peine mentionnés dans les écrits anciens, car les exemples qui en font foi sont extrêmement rares.

Hérodote raconte l'histoire du fils de Crésus qui, doué des plus belles qualités mais muet, recouvra subitement la parole au moment même où un soldat ennemi allait frapper son père.

Le père de Saint-Jean-Baptiste est devenu, suivant Saint Luc, subitement muet en apprenant la naissance de son fils.

Mais si nous arrivons aux faits plus modernes, nous voyons dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences* (1753) mentionnée l'histoire d'une jeune fille de 14 ans frap-

pée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur.

Wels (1) rapporte l'histoire d'une femme qui, après une attaque d'hystérie, s'aperçut qu'elle ne pouvait ni parler, ni émettre aucun son, bien qu'elle fût en pleine possession de ses facultés intellectuelles. A une nouvelle attaque, elle recouvra la parole.

En 1855, Sédillot présentait à l'Académie des Sciences, l'histoire d'une malade atteinte de mutisme et d'aphonie depuis douze ans et guérie par l'électricité.

Dans son *Traité sur l'hystérie* (1859), Briquet dit que « l'aphonie, et, plus souvent, la dysphonie, car les malades peuvent encore parler à voix basse, se rencontrent de loin en loin chez les hystériques ».

« L'aphonie est d'autant plus complète qu'elle résulte et de la paralysie des muscles du larynx et de la paralysie des muscles du diaphragme. »

Il cite ensuite l'observation suivante du mutisme due à Waston (2) :

Une jeune femme était, depuis longtemps, sujette à de violentes convulsions fréquemment suivies de paralysie temporaire des muscles qui avaient été le plus fortement affectés; après un accès, elle perdit complètement la vue pendant cinq jours; une autre fois elle perdit la parole qui revint au bout d'un temps très court. Les convulsions se reproduisaient de temps en temps, elle perdit de nouveau la parole et en resta tout à fait privée pendant quatorze mois;

(1) Wels. *Méd. Communicat.*, 1790.

(2) Waston. *Philosoph. Transact.*, t. XIV.

pendant ce temps la santé se rétablit. Enfin, un jour, après avoir beaucoup dansé, elle recouvra la parole et fut guérie. »

Philippeau (1) et Krishaber (2) ont publié chacun une observation du mutisme hystérique.

Richter, de Wiesbaden, a publié le fait curieux d'une femme hystérique qui devenait aphasique régulièrement tous les jours, l'intelligence restant indemne. L'accès se terminait par une abondante évacuation d'urine.

Mendel (3) a rapporté un fait analogue.

En 1870, Bateman (4) a réuni six observations de mutisme d'origine hystérique.

Plus tard, Ball (5), Sevestre (6), Demme (7), Fischer (8), publieraient de nouveaux cas.

Liouville et Debove (9), s'occupant de cette question, ont émis une hypothèse pour expliquer le mutisme.

En 1883, le Professeur Revilliod (de Genève) (10), publiait à ce sujet un travail passé presque inaperçu. Il est vrai qu'on n'y trouvait pas de description clinique de ce syndrome, qu'il confondait avec l'aphonie et attribuait à une paralysie des muscles du larynx.

(1) Philippeau. *Gaz. Méd. de Lyon*, 1856.

(2) Krishaber. *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 1868.

(3) Mendel. *Berlin Klin. Wochens.*, 1887.

(4) Bateman. *Gaz. hebdomadaire*, 1870.

(5) Ball. *Encéphale*, 1881.

(6) Sevestre. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1882.

(7) Demme. *Wien. Med. Blätter*, 1884.

(8) Fischer. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.

(9) Liouville et Debove. *Progrès Méd.*, 1876.

(10) Revilliod. *Du mutisme hystérique. Revue Méd. de la Suisse romande*, 1883, p. 560.

Enfin, Charcot (1), au mois de décembre 1885, dans une leçon magistrale, avait établi pour la première fois, sur des bases solides, l'existence des troubles de la fonction du langage chez les hystériques. Avant cette leçon, les auteurs paraissent confondre l'aphonie avec le mutisme hystérique.

C'est à Charcot que nous devons la connaissance exacte de ce syndrome, qu'il a nettement différencié de l'aphonie hystérique. D'après lui, le mutisme consiste dans l'impossibilité d'exprimer la pensée par le langage articulé, avec conservation de la mimique et de l'écriture; ce trouble, enseignait-il, est d'origine centrale, indépendant des organes phonateurs, muscles de la langue ou du larynx en particulier.

Quelque temps après, M. Cartaz (2), reprenant les idées de son Maître, publiait un mémoire fondamental sur cette question; il y avait réuni vingt observations. Il s'efforçait surtout de séparer le mutisme de l'aphonie en insistant sur cette différence capitale, qu'un malade aphone pouvait encore se faire comprendre en chuchotant, tandis que chez le muet hystérique, le langage articulé fait complètement défaut.

En 1888, Natier (3) publie un mémoire très important et des plus documenté sur cette question. Il s'appuie sur soixante et onze observations.

Nous ferons à ces deux derniers auteurs de nombreux emprunts.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, t. III, p. 422.

(2) Cartaz. *Du mutisme hystérique*. *Prog. Méd.*, 1886. nos 7, 9, 10.

(3) Natier. *Revue de laryng.*, 1888.

Depuis le travail de Natier, plusieurs auteurs ont écrit à ce sujet, publié des observations dont les plus intéressantes, croyons-nous, sont citées dans notre thèse.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Nombreuses sont les causes qui peuvent provoquer le mutisme chez les hystériques, mais on est vraiment étonné du rôle prépondérant que jouent les émotions vives dans la genèse de cet accident. Ainsi, Cartaz le constata à la suite d'une frayeur, causée par un incendie; Panthel, à la suite d'une émotion due à un enterrement. Enfin, Ball l'observa après un accès de colère.

Demme cite le cas d'une fillette qui, vivement impressionnée par l'opération qu'elle était en train de subir (section du tendon d'Achille), poussa un cri et resta huit jours muette. Le mutisme était survenu également à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent, d'une chute (Sevestre), d'une laryngite simple *a frigore* (Thermes), d'une hyperesthésie du larynx (Krishaber), d'attaques d'hystérie (Voir obs. I). Quelquefois le mutisme apparaît sans cause provocatrice (Cartaz) (1).

Cet accident éclate d'ordinaire d'une façon soudaine;

(1) Cartaz. *In* Mémoire de Natier, *loc. cit.*

d'autres fois, cependant, il est précédé d'une phase d'aphonie. Dans une observation de Revilliod, il est dit que la phonation allait en diminuant avant de se suspendre tout à fait.

Tel est aussi le cas observé par Liouville et Debove; la malade, hystérique avérée, fut atteinte d'abord d'une aphonie qui alla en s'aggravant durant deux mois pour aboutir finalement au mutisme complet.

Il n'est pas rare de voir une difficulté de parole, un bégaiement particulier précéder le mutisme comme dans le cas de Moure (1).

Sevestre (2) a publié la curieuse histoire d'une malade qui, alternativement, à la suite d'attaques d'hystérie, présentait du mutisme et de la cécité.

D'après M. Natier, le mutisme hystérique s'observe dans des proportions à peu près égales chez l'homme et chez la femme et, sur un total de 71 cas, la femme a un avantage sur l'homme de 1,44 0/0, différence vraiment insignifiante.

Cet accident peut être observé à tous les âges de la vie; cependant M. Natier, en se basant sur sa statistique, déclare ne pas l'avoir constaté chez tout individu âgé de plus de 55 ans, par contre un garçon de 5 ans et une fillette de 6 ans en furent atteints.

Voici, d'ailleurs, sa statistique :

(1) Moure. Obs. IV du Mémoire de Natier,

• (2) Sevestre. *Loc. cit.*

<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
De 20 à 30 ans. . .	13 cas	De 15 à 20 ans. . .	4 cas
De 30 à 40 ans. . .	4 —	De 20 à 30 ans. . .	15 —
De 40 à 50 ans. . .	2 —	De 30 à 40 ans. . .	4 —
De 50 à 55 ans. . .	3 —	De 40 à 50 ans. . .	4 —
Age non indiqué. .	6 —	Age non indiqué. .	2 —

<i>Garçons</i>		<i>Filles</i>	
De 5 à 19 ans . . .	6 cas	De 6 à 15 ans . . .	1 cas

Donc, la plus grande fréquence de mutisme hystérique tombe sur l'époque de la vie comprise entre vingt et trente ans.

CHAPITRE V

DESCRIPTION DU SYNDRÔME. SES CARACTÈRES CLINIQUES

Une fois installé, le mutisme hystérique poursuit son évolution clinique et alors il peut se présenter sous différentes formes, mais celle qu'on observe d'habitude a été admirablement décrite par Charcot. La description qu'il en avait faite est vraiment saisissante : « Bien que le malade, dit Charcot, ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité dans toutes les directions de façon à souffler, siffler comme dans l'état normal; il lui est désormais impossible d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchoter, autrement dit, et, qui plus est, même en y apportant la plus grande attention, d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui. Le malade est donc muet dans l'acception la plus rigoureuse du mot, en ce sens qu'il ne peut proférer aucune parole. J'ajouterai qu'il est plus que muet, car, tandis qu'il est possible au sourd-muet de pousser des cris, même violents, le muet hystérique — remarquez bien ce caractère singulier — est

aphone, le plus souvent d'une façon absolue, au point de ne pouvoir émettre le moindre cri. »

Cette aphonie intimement liée au mutisme, se distingue aisément de l'aphonie simple des hystériques. Dans ce cas, les malades ayant conservé la mémoire des mouvements des lèvres et de la langue, nécessaires pour l'articulation des mots, peuvent se faire parfaitement comprendre en chuchotant et en parlant « à voix basse ».

Le « chuchotement, ajoute Charcot, n'est pas autre chose qu'un langage parlé et articulé », donc l'aphonie hystérique se distingue de l'état normal par l'absence de voix ou plutôt par différence de tonalité.

L'aphonie chez le muet hystérique peut, cependant, ne pas être absolue.

Tel le malade de Critzman (1), qui répondait ta-ta-ta à toutes les demandes.

Le muet hystérique, dit Charcot, « est privé de représentations motrices nécessaires pour la mise en jeu du mécanisme de la parole articulée. Il s'agit donc là, en définitive, d'une aphasie purement motrice. »

A ce seul caractère, on pourra presque à coup sûr reconnaître le muet hystérique, car cette espèce de trouble du langage articulé est très rare dans le domaine de l'aphasie organique, à laquelle sont souvent associés d'autres troubles du langage intérieur; en outre, l'aphasique moteur organique pousse des cris, émet à haute voix quelques syllabes,

(1) Critzman. Un cas de mutisme hystérique. *Gaz. hebd. de méd. et de chir. de Paris*, n° 36, 1891.

prononce quelques mots, même parfaitement distincts (Charcot); ou bien lorsque l'articulation est totalement abolie, le malade peut encore pousser des cris, faire entendre un grognement inarticulé. L'intelligence, dans ce cas, est presque toujours altérée, obnubilée, et il est incapable d'écrire, de lire ou de comprendre ce qu'on lui dit.

L'agraphie, la cécité et la surdité verbales viennent très souvent ajouter leur note caractéristique dans le complexe symptomatique de l'aphasie organique.

Il y va tout autrement du muet hystérique qui, lui, au contraire, garde toute la lucidité d'esprit, toute son intelligence échappée à l'atteinte de la maladie.

Il répond immédiatement par une mimique expressive ou par écrit aux questions posées.

Si on prie ce muet hystérique de parler, on le voit alors se servir d'un geste caractéristique, qui est de porter la main à la gorge, indiquant par là son mal.

S'il n'est pas illettré, il s'empressera de saisir un crayon et du papier pour répondre d'une façon nette en rapport avec l'intelligence et le degré de son instruction.

Ainsi : soudaineté de l'accident, impossibilité de chuchoter, aphonie complète avec ou sans agraphie, l'intelligence restant indemne, forment les points cardinaux de ce syndrome.

A propos de complications du mutisme hystérique, il faut noter, en premier lieu, l'agraphie, qui a été observée dans certains cas, à la vérité, exceptionnels.

Charcot (1) lui-même, en 1888, admit déjà la possibilité de cette association.

(1) Charcot. *Leçons du mardi de la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 364.

M. Lépine (1) a eu également l'occasion d'observer un muet hystérique avec agraphie (obs. IV), puis M. Ballet (2) et, enfin, M. Ringier (3) (obs. XII).

La malade de M. Ballet était atteinte en même temps de paralysie faciale systématisée « pour certains mouvements spéciaux tels que ceux nécessaires à l'articulation de la parole » (Ballet).

A côté de l'agraphie, le mutisme hystérique peut, dans des cas extrêmement rares, être compliqué de surdité, de façon à créer une forme particulière, la surdi-mutité hystérique. Mendel (4), en 1887, Lemoine (obs. XI) (5), en 1893, et Francotte (6), en 1894, en ont signalé des cas.

Le syndrome, que nous étudions, peut être reproduit expérimentalement chez les malades par suggestion. On procède de la façon suivante :

Pendant la période somnambulique, on fait causer une malade ; puis, baissant la voix, on lui dit brusquement : « Je n'entends pas, tu dis... mais tu ne peux donc plus parler ? » et aussitôt la malade devient aphasique et aphone.

Si elle est lettrée, elle saisit un morceau de papier et écrit vite quelques lignes pour exprimer sa pensée : « Je ne peux pas parler, écrit-elle par exemple, vous voyez bien que je ne peux pas. »

(1) Lépine. *Revue de méd.*, 1891.

(2) Ballet. *Revue de méd.*, 1893.

(3) Ringier. *Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*, 15 février 1894.

(4) Mendel. *Surdi-mutité hyst. Berl. kl. Wochens.*, 8 août 1887.

(5) Lemoine. Un cas de surdi-mutité hystérique. *Méd. mod.*, 31 mai, 3 juin 1893.

(6) Francotte. Surdi mutité hystérique guérie par la suggestion à l'état de veille *Mercr. méd.*, n° 40, 1894.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Les caractères si tranchés du mutisme hystérique permettent presque toujours de faire le diagnostic. En cas de doute, il faut rechercher d'autres stigmates d'hystérie : hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes etc. Il ne faut pas oublier cependant que le mutisme peut être la seule expression clinique de la névrose (Pitres).

Le cas devient beaucoup plus délicat quand il y a coïncidence du mutisme avec ou sans agraphie, avec une hémiplégie droite accompagnée de paralysie faciale ou de spasme glosso-labié. Il s'agirait alors d'établir un diagnostic entre l'hémiplégie hystérique et l'hémiplégie par lésion cérébrale. « La coexistence fréquente de l'hémianesthésie, la conservation de l'intelligence, jointes aux caractères si spéciaux du mutisme, la constatation du spasme glosso-labié aux lieu et place de la paralysie faciale, dit M. Gilles de la Tourette, rendront le plus souvent inutiles des investigations prolongées. » En cas de simulation, il sera facile de la dépister, soumettant le cas à une analyse méthodique.

Il est rare, en effet, dit Charcot, que les simulateurs connaissent à fond cette symptomatologie si complexe du syndrome; ils brodent souvent, ajoutent de leur crû ou en retranchent.

On ne confondra pas non plus le mutisme hystérique avec celui qu'on constate chez les aliénés (1). Le mutisme, dit M. Bouchaud, est en effet un symptôme fréquent dans certaines formes de folie. On le rencontre chez les hallucinés, chez les mélancoliques, surtout dans le cas de stupeur. Il peut même parfois être purement volontaire et alors il n'est pas toujours possible à l'observateur de reconnaître la nature de la conception délirante, qui décide l'aliéné à se condamner au silence absolu.

Dans la mélancolie, dit M. Moret (2), il y a inertie de l'activité physique, morale et intellectuelle avec tendance à l'immobilité. Les malades ne pensent à rien. Leur cerveau est comme vide d'idées et leur volonté incapable de s'exercer.

Dans les formes de la mélancolie chronique, décrites par Cotard sous le nom de délire des négations, le mutisme tire son origine du délire même des malades, caractérisé par des idées de négation totale ou partielle. Ils prétendent de ne plus exister, ils n'ont plus de bouche, plus de tête, plus de langue. D'où refus de parler.

Gucci (3) a remarqué dans plusieurs cas de mutisme avec

(1) Bouchard. *Aliénation mentale et mutisme hystérique* (J. de Sc. Méd. de Lille, 1887.

(2) Moret. *Contribution à l'étude du mutisme des aliénés*. (thèse de Paris, 1890.)

(3) Gucci. *Archivio italiano per le malattie nervose*, 1889.

stupeur que les malades, si on plaçait un livre devant eux, lisaient le plus souvent en prononçant bien les mots. Dans ce cas, dit l'auteur, ce sont les images visuelles qui sont seules capables de provoquer la parole.

Dans le délire ambitieux leur « moi » s'hypertrophie en quelque sorte. Suivant le personnage dans lequel ils s'incarnent, ils refusent parfois d'entrer en communication avec ceux qu'ils croient inférieurs à eux. Ainsi, par exemple, un Dieu s'abaisse-t-il à parler à de simples mortels ?

Parmi les paralytiques généraux, il existe, en effet, des malades qui présentent aussi le délire des négations. Ils n'ont pas de bouche, d'où refus de parler. Il faut chercher alors les signes somatiques de la paralysie générale : le tremblement, l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyl Robertson.

Nous signalerons en passant l'hébétude intellectuelle et la perte de la parole momentanée, qui surviennent chez les déments à la suite d'ictus comme chez les paralytiques.

CHAPITRE VII

DURÉE

La durée du mutisme est très variable. Nombreux sont les cas où l'on a vu survenir la guérison au bout de quelques minutes, quelques heures ; par contre, cet accident peut persister pendant de longs mois et des années. Dans notre observation (obs. I), le mutisme dura sept mois dans un cas, trois mois dans un autre et cinq dans un troisième. Dans l'observation de Wiedermeister, il dura un an, treize mois (Wernter), vingt mois (Philippeau), vingt-quatre mois (Waston). La parole ne revint qu'au bout de cinq ans dans un cas de Johnston (1), et la malade de Sédillot resta muette pendant douze ans, ce qui ne l'empêcha pas de guérir presque subitement.

A côté de cette forme continue il faut signaler une modalité vraiment bizarre de cet accident, où le mutisme revêt le type intermittent. Mendel raconte « qu'un de ses clients est atteint de surdi-mutité, le 28 mars 1886, à la suite d'attaque convulsive ; cinq jours après le malade est muet de

(1) Johnston. *New-York Med. Journ.* 1885, in Mémoire Carlaz.

cinq heures du soir à six heures du matin. Au mois de mai, il devient sourd-muet à partir d'une heure de l'après-midi, jusqu'à six heures du matin. Plus tard, à partir du mois de juin, le malade parle de six heures à neuf heures du matin, après quoi il cesse de parler et devient sourd. »

CHAPITRE VIII

TERMINAISON

La disparition du mutisme peut survenir de deux façons, ou lentement, ou plus souvent, d'une manière brusque. L'influence de la cause, qui l'avait engendré, comme : attaques, émotions vives, etc., peut amener sa guérison rapide.

Quelquefois, avant de recouvrer la parole, le malade a une sensation à la gorge comme si la constriction, qui l'avait tourmenté pendant toute la durée de l'accident, allait diminuer peu à peu pour disparaître complètement : il peut alors chuchoter, mais reste aphone.

Dans les cas où le retour à la fonction normale s'effectue d'une façon lente, le malade passe par le stade intermédiaire du bégaiement hystérique. La caractéristique de ce bégaiement serait, pour Charcot, la répétition d'une même syllabe ; ce phénomène frappe davantage quand il s'agit de prononcer un mot polysyllabique.

Les récidives sont fréquentes. Chez notre malade le mutisme réapparaissait avec une facilité désespérante.

CHAPITRE IX

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Des examens laryngoscopiques pratiqués dans plusieurs cas ont permis de constater les lésions suivantes :

1° Epiglote et muqueuse laryngée un peu rouges (Cartaz);

2° Chez le malade de M. Troisier (obs. V), l'examen a permis de constater que les cordes demeurent immobiles, dès qu'elles doivent intentionnellement s'accommoder en position vocale. Un tel état mérite le nom de paralysie fonctionnelle phonatoire du larynx (Lermoyez);

3° Abduction presque complète des cordes vocales; la gauche se met en adduction si le malade essaye d'émettre un son (Cartaz);

4° Corde vocale gauche en adduction (Thermes);

5° Corde vocale gauche en position cadavérique (Johnson);

6° Paralysie des cordes vocales (Liouville et Debove, Cartaz);

7° Parésie des adducteurs et paralysie de l'ary-aryténoïde, d'où un hiatus inter-aryténoïdien (Cartaz);

8° Abduction complète des cordes vocales, espace ellipsoïde (Cartaz);

9° Infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauche; immobilité presque complète du cartilage aryténoïde (Mendel);

10° Le plus souvent, ce sont les adducteurs du larynx et les tenseurs des cordes vocales, qui seuls semblent être atteints (Natier);

11° Enfin, il est nombre d'observations où l'examen n'a permis de constater aucune lésion (Krishaber, Dello-Strologo).

CHAPITRE X

NATURE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

L'examen laryngoscopique, comme nous venons de le voir, fait découvrir des lésions multiples, sans localisation précise. Cette constatation clinique nous explique la diversité d'opinions émises sur la nature même de ce syndrome.

M. Revilliod pense que le mutisme résulte de la prédisposition spéciale du nerf laryngé supérieur aux localisations de l'hystérie. On sait que le nerf laryngé supérieur innerve le muscle crico-thyroïdien, muscle tenseur des cordes vocales; le relâchement de ces dernières indiquerait donc une lésion hystérique. Cette interprétation a été combattue par M. Cartaz, qui constata, chez la malade étudiée par M. Revilliod, non seulement une paralysie du crico-thyroïdien, mais encore celle du thyro-aryténoïde, muscle innervé par le laryngé inférieur, à la fois adducteur et tenseur.

M. Löwenfeld (1) a émis l'opinion que le mutisme est dû à un trouble de la circulation cérébrale, avec contraction des vaisseaux du centre de la parole.

(1) Löwenfeld. *Zur Casuistic der transilærischAphasien*, *Aertzlich Intelligenzbl.*, 1893.

MM. Charcot et Ziemsen soutiennent que l'aphasie motrice pure est d'origine centrale, tandis que les phénomènes laryngés semblent être de simples coïncidences.

Cette opinion est confirmée par M. Cartaz : « Les muscles du larynx, dit-il, ne sont pas toujours frappés d'impotence et, quand ils le sont dans une mesure plus ou moins prononcée, ce trouble fonctionnel, qui résulte de cette parésie ou paralysie, ne peut donner l'explication de l'ensemble du phénomène. »

Le mécanisme du mutisme hystérique, survenu à la suite d'une frayeur, d'une émotion vive, peut être identifié, d'après Page (1), à celui de paralysie par shok nerveux, survenue dans les collisions de chemin de fer. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la spontanéité psychique, la volonté, le jugement étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles (Charcot).

MM. E. Marcel et Marinescu ont formulé la théorie suivante du mutisme chez les hystériques. On peut, disent-ils, supposer que le centre psychique, après avoir été impressionné par l'émotion, réagit à son tour sur le centre de Broca, et de là, par voie centrifuge, sur l'organe phonateur. Ce dernier, suivant la nature de l'émotion ou de la prédisposition, serait plus ou moins impressionné et donnerait naissance au mutisme hystérique avec troubles laryngés (paralysies et contractions) ; mais il peut arriver aussi que l'impression s'arrête au centre du langage articulé sans se propager au larynx, ce qui nous explique des cas (assez rares d'ailleurs) de mutisme hystérique sans troubles laryngés.

(1) Page. Londres, 1885.

Dans le cas, où, lorsque le malade passe par un état aphonique avant de devenir muet, on peut admettre que l'émotion, après avoir agi sur le centre psychique, se réfléchit en premier lieu, non plus sur le centre du langage articulé, mais, par une voie inconnue, sur l'organe phonateur, d'où l'aphonie.

De toutes ces théories, on peut en déduire qu'à l'heure actuelle nous sommes encore loin de la connaissance exacte de la pathogénie du mutisme chez les hystériques.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Les traitements les plus variés ont été employés pour combattre le mutisme hystérique, et tous ont donné des guérisons rapides. Le bromure de potassium, le sulfate de quinine, les vomitifs amenèrent souvent la guérison. Une simple émotion morale peut rendre la parole (Pitres). La malade de Wiedermeister (1) recouvra la parole à la vue d'un incendie. L'introduction du laryngoscope dans la bouche (2), la colère (3), l'ivresse alcoolique (4) ont donné des succès inattendus. La méthode proposée par Flint et Massey (5), comme elle de Dello-Strologo, consiste à administrer de l'alcool jusqu'à l'ivresse complète ; ce traitement donnerait très rapidement une guérison assurée.

Un certain nombre d'auteurs, comme Milson, Reuer, Schnitzler, Hoffmann, Michall, Cohn, Boland, Onodi, ont

(1) Wiedermeister. *Loc. cit.*

(2) Gilles de la Tourette. *in* Charcot. *Les mal. du syst. nerv.*, t. III.

(3) Closimadeuc. *Gaz. hebd.*, 1878.

(4) Dello-Strologo. *Morgagni*, 1887.

(5) Flint et Massey. *In* Leifert, *Trait. de l'aphonie hyst.* Berlin, *Klin. Wochens*, 1893.

obtenu par la méthode de suggestion des résultats tantôt durables, tantôt passagers, et pour la plupart du temps étaient forcés d'avoir recours à d'autres procédés. Certes, la suggestion hypnotique ne peut être essayée que chez les individus hypnotisables.

Damieno et Ewer (1) ont obtenu, dans la paralysie des cordes vocales, des résultats satisfaisants du massage externe du larynx. Le dernier a même construit un appareil spécial, le « concussor », qui, d'après Krause, Heymann et Krakauer, aurait rendu service dans les cas où le courant électrique avait échoué.

L'électricité cependant a donné de beaux résultats entre les mains de Sédillot, Moure, Cartaz. Seifert (2) lutte contre l'aphonie hystérique avec un traitement combiné qui, selon lui, donnerait de véritables succès. Ce traitement est une combinaison méthodique du massage du larynx, de la compression exercée sur cet organe et de la gymnastique vocale.

Garel (3) conseille aussi la gymnastique vocale et donne la description suivante de cette méthode : on engage d'abord le malade à forcer ses expirations comme s'il soupirait, plus tard il les rendra sonores ; c'est là le point délicat à obtenir. Voici comment on y arrive : le malade est assis, respire tranquillement ; on place une main sur un endroit du dos diamétralement opposé à l'épigastre ; puis, à la fin de chaque expiration, on exerce de l'autre main une pression brus-

(1) Damieno et Ewer. *Ibidem*.

(2) Seifert. *Ibidem*.

(3) Garel. *Prov. méc.*, 1887.

que sur cette dernière région. On invite alors le malade à reproduire volontairement le bruit sonore, qui tout à l'heure était indépendant de sa volonté. Ce résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer une série de voyelles pendant une série d'expiration forcées. La voyelle *a* étant la plus facile à prononcer, on la lui fait répéter plusieurs fois de suite ; on passe ensuite à celles qui offrent une difficulté plus grande *o*, *e*, *i*, *u*. Ces voyelles bien prononcées, le muet hystérique s'efforce d'émettre des consonnes, des mots, et enfin de petites phases.

Graduellement le malade recouvre la voix et la parole.

Quelle que soit la méthode qu'on adopte, il ne faut jamais négliger le traitement général. Pour tonifier le système nerveux on aura recours aux toniques, l'hydrothérapie et l'exercice modéré.

DEUXIÈME PARTIE

BÉGALEMENT HYSTÉRIQUE

CHAPITRE XII

HISTORIQUE

Le bégaiement hystérique a été très peu étudié par les auteurs classiques. Landouzy, Briquet n'en parlent pas. La première mention de ce trouble du langage est due à Trousseau (1), qui observa le cas typique suivant. Une hystérique fut prise, à la suite d'une peur, de convulsions saccadées des quatre membres, accompagnées « d'une sorte de bégaiement singulier, consistant en ce qu'elle répétait avec une volubilité extraordinaire et pendant un temps assez long, sans s'arrêter, les dernières syllabes des mots qu'elle essayait de prononcer ; les premières syllabes étaient émises avec peine ».

(1) Trousseau. *Cl. méd. de l'Hôtel.-Dieu*, 1868, t. II, p. 261.

Étudiant les modes de terminaison du mutisme hystérique, Charcot avait déjà établi que, souvent après les crises de mutisme, le retour de la parole ne se faisait pas *ad integrum* dès le premier moment : il y a du bégaiement pendant un certain temps. Ce vice d'articulation peut être considéré comme « une véritable aphasie marquée par l'oubli de certains mots et fragments de mots, surtout lorsque ceux-ci sont longs (Charcot) ».

D'autres fois, ce bégaiement précède le mutisme; enfin, à titre exceptionnel, il peut être la seule manifestation de l'hystérie (Pitres).

MM. Ballet et Tissier sont les premiers auteurs qui ont le mieux étudié ce trouble du langage chez les hystériques; nous leur devons nos connaissances actuelles sur cette question.

Lors de la publication du Mémoire de M. Ballet, des objections furent formulées par M. Chervin (1) contre le vocable « bégaiement » lui-même. M. Chervin a fait remarquer que les symptômes cliniques par lesquels se manifeste le bégaiement hystérique ne ressemblent pas à ceux du bégaiement vulgaire, par conséquent le mot « bégaiement » correspondant à un type clinique bien connu, ne pourra guère servir de définition du trouble de la parole des hystériques dont nous faisons l'étude.

M. Ballet a du reste lui-même reconnu (2) la justesse de

(1) Chervin. *Revue de neurologie*, 1891.

(2) Ballet. Communication à la Société de méd. des hôp., 1889.

cette objection et fait remarquer qu'il n'était pas satisfait du mot, et que, s'il le gardait, c'était faute de mieux.

Nous ferons de fréquents emprunts au remarquable Mémoire de MM. Ballet et Tissier.

CHAPITRE XII

DESCRIPTION

C'est, le plus souvent, chez un dégénéré hystérique que l'on observe le bégaiement.

Cet accident se montre de préférence chez l'adulte; cependant, Chabert l'a vu survenir chez un garçon de quatorze ans.

M. Pitres, pense que le bégaiement hystérique peut se développer entre cinq et dix ans à la suite de grands ébranlements nerveux, tels que : traumatisme, émotions vives, perte de connaissance, etc. De tous les facteurs provoquant le bégaiement chez l'enfant, la frayeur, par sa fréquence, d'après M. Sikorski (1), viendrait en premier lieu; en effet, se basant sur une statistique de quarante cas observés par lui, il a trouvé que cette cause déterminait le bégaiement dans la proportion de 67,5 0/0. Voici, d'ailleurs, sa statistique :

Causes déterminantes :

FRAYEUR	TRAUMATISME	MALADIES INFECT.	IMITATION
27 : 67,5 %	11 : 27,5 %	1 : 2,50 %	1 : 2,5 %

(1) Sikorski. *Du bégaiement*. Kieff, 1889.

M. Pitres est d'avis que nombre d'enfants atteints de bégaiement, chez lesquels ce vice d'articulation a vite cédé aux moyens curatifs les plus simples (la gymnastique vocale, par exemple), sont des hystériques.

Cet accident s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme (Druène (1), Gredenberg (2).)

Le bégaiement résulterait d'une contraction spasmodique des muscles phonateurs, associée plus ou moins au spasme des muscles inspireurs (Pitres). Si, au moment de la suspension de l'articulation, on palpe la région sous-mentonnière du malade, on conste parfois, d'après Chabert, un durcissement des muscles du plancher buccal et l'ascension de l'os hyoïde. La respiration est souvent troublée : à une inspiration convulsive ou prolongée, succède une expiration courte et spasmodique.

Quelle que soit la cause déterminante, quel que soit le mode du début, le bégaiement hystérique présente toujours les mêmes caractères cliniques. « Les troubles de la parole qui le constituent sont plus ou moins prononcés; pris en détail, ils n'ont rien d'absolument fixe, et c'est surtout le caractère général de la parole, le rythme de la prononciation qui donne à cette variété de bégaiement son aspect particulier, sa physionomie propre. Aussi, autant il est simple de reconnaître le bégaiement hystérique quand on l'a vu une fois, autant il est difficile de le décrire exactement et d'en bien faire ressortir les nuances » (Ballet). Les

(1) Druène. Thèse de Paris, 1894.

(2) Gredenberg. *Du bégaiement hystérique* (Vratch, 6 octobre 1894).

troubles de la prononciation portent à la fois sur les lettres prises individuellement, sur les différentes syllabes des mots un peu longs et sur les mots qui composent la phrase.

Le malade ne peut émettre un son simple, qu'en le faisant précéder d'une consonne, habituellement la même pour toutes les voyelles (il prononcera : to, ta, ti, te, terr, au lieu de : o, a, i, e, r), ou en l'aspirant, ou bien encore en le répétant plusieurs fois. Les répétitions se produisent souvent dans le corps des mots, surtout devant certaines consonnes déterminées (l, r, s, v, x, f, j, t); les consonnes sont mieux prononcées que les voyelles, mais il est souvent impossible d'obtenir des malades la prononciation correcte de certaines d'entre elles (k, g, x).

La parole est d'une lenteur remarquable. Les malades traînent, s'arrêtent, hésitent et répètent certaines syllabes. Ils allongent outre mesure certaines autres et, l'obstacle franchi, partent et prononcent correctement les syllabes suivantes (Ballet). Les troubles de la prononciation deviennent d'autant plus accentués que la longueur des mots est plus grande. Les malades commencent alors par des longues et finissent par des brèves, et lorsque le mot est assez complexe, ce n'est qu'en faisant des efforts, des tâtonnements, qu'en insistant, qu'ils arrivent à le prononcer d'une manière à peu près compréhensible. Le mot : Nabuchodonosor, par exemple, sera prononcé une première fois : Nâ â nâ bûco do o sôr, puis une deuxième fois : Nâaa bûco oôo dono sôr.

Il y a également impossibilité d'articuler correctement certaines syllabes.

Le malade de M. Ballet (obs. I du Mémoire de MM. Bal-

let et Tissier) prononçait *queun* pour *un*, *gueeu* pour *deux*, *quoi* pour *trois*.

Tels sont les caractères essentiels du bégaiement hystérique que M. Ballet avait exposés dans son remarquable Mémoire.

Mais le bégaiement hystérique ne présente pas toujours la même physionomie clinique et M. Chabert, dans deux observations, publiées en 1893, a eu l'occasion d'en observer certaines particularités fort instructives. Considéré dans son expression, le trouble se présente sous différents aspects, suivant qu'on l'envisage à l'une des périodes de son évolution ; ainsi le bégaiement, dans un cas, a consisté, à son début, en une simple hésitation dans la récitation. A la période d'état, il s'est traduit par la répétition des syllabes, mais le doublement de la syllabe n'avait pas lieu coup sur coup ; il survenait un spasme des phonateurs ne prenant fin qu'autant que le malade revenait de quelques mots sur sa phrase ; il était, pour ainsi dire, obligé de prendre élan pour vaincre le vice de prononciation. A la période de déclin, ainsi qu'à son début, le trouble a été caractérisé par de l'hésitation.

Envisagé dans ses rapports avec les diverses modalités du langage articulé, le vice du langage s'est montré d'abord pour la récitation ; dans la conversation et à la lecture il faisait défaut ; plus tard, il a gagné ces divers modes du langage. Jamais de trouble pour le chant et le chuchotement. Dans un autre cas, l'articulation des monosyllabes et même des mots courts se faisait bien, à condition qu'ils fussent prononcés à intervalles espacés. Particularité importante : ces troubles se montraient lorsque le malade s'entretenait en français, ils faisaient défaut quand il par-

lait un autre idiome. Quelquefois, on voit le bégaiement s'associer à des mouvements involontaires très accusés du côté des membres inférieurs consistant en ce que ces derniers sont alternativement portés d'arrière en avant et d'avant en arrière. Dans d'autres cas, ce sont les membres supérieurs qui entrent en mouvement, et alors ils subissent alternativement des mouvements de flexion et d'extension. Mais ces mouvements involontaires ont été toujours limités comme durée à la période d'état.

Certaines influences peuvent modifier l'intensité du bégaiement : la fatigue, les vives émotions exagèrent le vice de la parole. L'émotion rendait muet un des malades de M. Chabert, tandis qu'un séjour dans un bain sulfureux produisait l'effet contraire à un malade de M. Ballet.

CHAPITRE XIV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

L'anatomie pathologique du bégaiement hystérique est absolument inconnue. Les troubles de l'appareil phonateur, observés jusqu'à présent, ne suffisent pas à eux seuls pour expliquer son apparition. A côté des contractions spasmodiques des muscles de la langue, du pharynx et du larynx, on a observé dans un cas une anesthésie de toute la partie supérieure du larynx avec intégrité des mouvements des cordes vocales; dans un autre cas, la langue était déviée vers la gauche et animée des tremblements fibrillaires.

A l'heure actuelle, on discute encore pour savoir quelle est la pathogénie de ce vice d'articulation. Comme toujours, en pareille circonstance, on se trouve en présence de deux courants différents : pour les uns, le bégaiement est d'origine centrale; pour les autres, il est d'origine périphérique.

La coexistence avec le bégaiement des contractions des muscles de la langue, du pharynx et du larynx, plaide en faveur de la dernière hypothèse (Ballet).

Au contraire, M. Chabert admet une origine centrale pour interpréter ses deux observations. « La présence de

troubles pour un idiome seulement, dit-il, dans la récitation dans un cas, dans la conversation dans un autre, l'intégrité dans la prononciation, dans le chuchotement et le chant, peut nous permettre de supposer qu'il est des différents modes de la parole articulée comme du langage et, de même qu'il y a un centre pour chaque mode différent d'aphasie, de même il peut se faire qu'il y ait un amas de cellules présidant à chacun des modes du langage articulé. »

CHAPITRE XV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du bégaiement hystérique peut être posé quand ce vice de la parole débute brusquement chez un individu entaché des stigmates de l'hystérie et présentant des signes de dégénérescence.

On ne confondra pas le bégaiement hystérique avec les troubles du langage des paralytiques généraux qui mangent les syllabes et parlent d'une façon plus uniformément traînante ; chez eux on n'observe pas l'expression d'angoisse qui frappe chez les hystériques bégues. Les autres symptômes de la paralysie générale viendront en cas de doute corroborer le diagnostic.

Le bégaiement hystérique a un rythme particulier. Ce n'est pas celui de la sclérose en plaques où la parole est régulièrement scandée, monotone, explosive à la fin de la phrase.

On ne le confondra pas non plus avec les troubles du langage dans la maladie de Friedreich, où la parole est lente, pâteuse et inégale dans son débit, dans la même phrase, le malade disant certains mots plus vite que d'autres (Marie).

Le bégaiement hystérique se distingue également du balbutiement en ce qu'il ne porte pas sur la formation littérale des sons, mais s'adresse à la liaison syllabique. De plus, le balbutiement ne s'accompagne pas de phénomènes spasmodiques, de modifications du rythme respiratoire et ne disparaît pas en chantant (Séglas) (1).

Pour ne pas confondre un bègue avec un bredouilleur, on aura présent à la mémoire que le point capital qui les distingue, c'est que ce dernier parlera d'autant mieux qu'il fera plus attention à sa parole, et le bègue d'autant mieux qu'il se laissera plus aller (Séglas).

Lorsque les stigmates d'hystérie font défaut, une étude approfondie du bégaiement hystérique permettra de le différencier du bégaiement ordinaire. Le bègue ordinaire parle très vite ; c'est le contraire qu'on observe chez l'hystérique. Le bégaiement ordinaire est intermittent ; il débute, en général, dans l'enfance ; le bégaiement hystérique frappe surtout l'âge adulte ; de plus, détail important, il y a chez le bègue une indépendance absolue entre les troubles de la parole et ceux des organes sensitivo sensoriels qui ne se montrent à aucun moment (Chervin).

(1) Séglas. *Des troubles du langage chez les aliénés*. Paris, 1892.

CHAPITRE XVI

DURÉE

La durée du bégaiement hystérique est très variable ; chez un malade de M. Chabert, âgé de 26 ans, le bégaiement datait de l'enfance. On l'a vu durer de quelques jours à plusieurs mois.

CHAPITRE XVII

TRAITEMENT

On tâchera de modifier l'état du système nerveux par des toniques et de l'hydrothérapie et de lutter contre le vice de la parole par une gymnastique vocale bien conduite. On fera épeler aux malades, on les fera chanter.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATION I

Mutisme, aphasie motrice, bégaiement hystérique chez l'homme. — Charcot (Policlinique du mardi, 17 et 24 avril 1888).

Ce brave homme, âgé de 51 ans, que vous avez devant vous, est atteint de mutisme hystérique, et l'on pourrait dire que l'affection en question est devenue, chez lui, une habitude. C'est la sixième ou septième fois, en effet, qu'il en est atteint, et c'est pour ainsi dire la seule forme d'accidents hystériques qu'il présente en dehors de certains stigmates dont je vous parlerai tout à l'heure.

On peut faire remarquer, d'ailleurs, que quand les malades entrent dans cette catégorie du mutisme hystérique, cette affection tend à se reproduire, tandis que les autres accidents de la diathèse tendent à s'effacer.

Notre malade n'a pas d'attaques convulsives proprement dites : il est vrai qu'au moment où il va entrer dans son

mutisme, il présente certains prodromes assez significatifs. Ainsi, il éprouve des étourdissements, un serrement du cou, des bruits dans les oreilles, des battements dans les tempes et tombe alors à terre sans connaissance, ayant les apparences d'un homme qui dort profondément. L'attaque est donc inaugurée par les symptômes de l'aura hystérique et elle revêt la forme de l'apoplexie hystérique avant de conduire au mutisme. C'est dans ces conditions qu'on l'a ramassé l'autre jour, dans les cours de l'asile de Sainte-Anne, où il avait été admis dans les circonstances que je rappellerai bientôt : mais je crois intéressant de vous indiquer dans un tableau la série des attaques de mutisme qu'il a déjà subies :

1^{re} attaque en 1880, peu après la disparition de sa femme qui emportait une somme de 22,000 francs provenant d'un héritage. Durée du mutisme : 7 mois.

2^e attaque en 1884, deuxième disparition de sa femme, qui emportait un semestre de rente. Durée : 3 mois.

3^e attaque en 1885, à la suite de la perte d'un emploi. Durée : 5 mois.

4^e attaque en 1887, troisième fugue de sa femme qui emportait de nouveau avec elle un semestre de rente. Durée : 4 mois.

5^e attaque en 1888, à la suite d'une querelle. Durée : 3 mois.

Vous savez, par nos études antérieures, ce qu'est le mutisme hystérique, mutisme le plus souvent absolu et compliqué d'aphonie ; il ne paraît pas que les caractères de cette affection soient encore bien connus, car le pauvre diable, deux fois, pendant ses accès de mutisme, a été envoyé à

Sainte-Anne, et une fois au moins de Sainte-Anne à Ville-juif. C'est à Sainte-Anne, pendant le dernier accès, que nous l'avons repêché.

Ce qui justifie peut-être ce séjour dans les asiles, c'est que, agité, en raison de son mutisme, et se livrant à une pantomime bizarre dans l'espoir de se faire comprendre plus rapidement que par l'écriture, il présente en ces moments-là une apparence vraiment étrange qui peut faire naître l'idée qu'il s'agit d'un aliéné.

C'est un des caractères du mutisme hystérique sur lesquels j'ai insisté, que le malade privé complètement de la parole et de la voix écrit avec une grande facilité et semble acquérir pour manier la plume une dextérité qu'il n'a pas dans les conditions ordinaires. C'est ce que vous pourrez constater chez notre homme : il est aphasique, aphasique moteur, et aphasique absolu ; mais il n'est pas, tant s'en faut, vous le voyez, agraphique, car en écrivant, au contraire, il s'explique facilement et avec une grande rapidité. Je vous ferai remarquer, du même coup, qu'il n'est pas du tout atteint de cécité verbale, car il peut lire et rendre compte, par écrit, de ce qu'il a lu.

Egalement, il n'est pas atteint de surdité verbale, car il désigne du premier coup les objets placés devant lui et qu'on lui nomme à haute voix. Il ne lui manque qu'une chose, c'est de savoir accomplir les mouvements coordonnés des lèvres et de la langue nécessaires pour articuler les mots. Quelque chose lui manque encore, c'est la voix. Il est donc muet, mais, de plus, aphone.

A mon avis, dans ces cas, nous trouvons la réalisation la plus systématique, la plus correcte de l'aphasie motrice,

aphasie de Broca; compliquée seulement de l'aphonie dont l'existence concomitante n'est nullement nécessaire quand il s'agit d'une aphasie motrice par lésion organique.

J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer que le mutisme absolu chez les muets hystériques est souvent précédé ou suivi par un état intermédiaire où le malade plus ou moins aphone balbutie ou bégaye. Je crois devoir vous faire observer que notre malade est dans un de ces moments-là, et je dois relever que chez lui il ne s'agit pas seulement de bégaiement, car la fin de certains mots, principalement lorsque ceux-ci sont un peu longs, est supprimée. Sous ce rapport, le malade se comporte alors à peu près comme dans l'aphasie organique monosyllabique, mais il est remarquable qu'il n'y a pas cette substitution de mots qui se voit dans la paraphasie.

(*Au malade :*) Savez-vous le nom de votre femme aujourd'hui?

Le malade. — Lou... Lou... ise.

M. Charcot. — Elle s'appelle Louise, il ne peut prononcer le nom tout entier. — Et son nom de famille?

Le malade. — Du... Du-Du...

M. Charcot. — Ecrivez le nom puisque vous ne pouvez pas le prononcer.

Le malade écrit rapidement Louise Dutour.

M. Charcot. — C'est bien le nom de sa femme; au malade : prononcer *tour*.

Le malade. — T... t... t...

M. Charcot. — Il lui est impossible de prononcer *tour* — c'était déjà la même chose dans l'interrogatoire que je

lui ai fait subir hier. Remarquez que les quelques syllabes qu'il profère sont dites à voix basse.

Je le répète encore une fois, il est aphone et vous voyez que lorsque je l'engage à crier de toutes ses forces, il ne peut émettre qu'un grognement d'un ton peu élevé. Ce brave homme, qui a l'air si empêché, si embarrassé, si gauche quand il n'a pas la plume à la main, n'est pas, tant s'en faut, sans intelligence et sans culture; il le montre bien dans ses réponses écrites qu'il fait couramment et très intelligiblement, avec une orthographe très suffisante.

C'est un original, et il a donné maintes et maintes fois des preuves d'originalité; il a d'ailleurs de quoi tenir et je place ici un tableau figurant son arbre généalogique qui en dit très long.

Arbre généalogique du nommé Pasq...

MUTISME HISTÉRIQUE

Côté paternel.

Grand-père, inconnu.	Grand'mère, morte à 81 ans attaque d'apoplexie.
Père mort dans un acte de dévouement (1).	Oncle, suicidé.

(1) Acte de dévouement admirable, mais touchant presque à la folie.
— Lors du fameux accident du pont d'Angers, X.. a sauvé de la mort, en se précipitant dans le fleuve, 10 soldats emportés par le courant : il a été entraîné par le 11^e et a succombé.

Côté maternel.

Grand-père,		
mort à 75 ans d'un ramolissement du cerveau		
qui a duré 6 mois sans paralysie.		
Oncle,	Mère,	
hémiplégique.	morte de	
	maladie aiguë.	
Frère,	Frère,	Notre malade,
tué au Sénégal.	paralysie	mutisme
	générale progressive,	hystérique.

Ainsi que cela arrive souvent aux déséquilibrés, P... a épousé, malgré toutes les représentations, une fille d'aliéné, fort mal équilibrée elle-même, qui lui a causé tous les chagrins possibles, et c'est à la suite des avanies qu'elle a coutume de lui faire que sont survenues pour la plupart ses attaques de mutisme. Il s'est montré jusqu'ici d'une faiblesse extrême à l'égard de cette créature, cause principale de ses malheurs, et bien que plusieurs fois elle l'ait volé et indignement trompé, toujours il lui pardonne.

(*Au malade :*) Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Le malade fait signe avec ses doigts que cela lui est arrivé cinq fois.

M. Charcot. — Et vous ne songez pas à demander le divorce ? (*On rit.*)

L'interne. — Il paraît qu'il l'a demandé.

M. Charcot. — Eh bien, vraiment, il n'est pas trop tôt, vous avez eu de la patience.

Autre trait significatif : le pauvre garçon a une mobilité d'esprit singulière,

Il a fait une vingtaine de métiers. Il est surtout mégissier ; il a été ajusteur à la fabrique d'armes de Châtellerault ; il a été zouave ; il a servi dans les hôpitaux comme infirmier ; il a fait l'homme de peine ; il a été balayeur, etc. Il a eu, en 1871, ce qu'il appelle une insolation à la suite de laquelle il est resté mélancolique pendant six mois.

Je ne vous en dirai pas plus long sur ce malade aujourd'hui, j'y reviendrai prochainement. Pour le moment, je me bornerai à vous dire qu'il porte un certain nombre de stigmates hystériques, à savoir : le rétrécissement double du champ visuel (très prononcé), une hémianalgésie gauche ; il a perdu le goût et le réflexes du pharynx.

Vous le connaissez déjà. Je vous l'ai présenté dans la dernière leçon ; c'est ce pauvre homme qui a été si fort malmené par sa femme ; et qui déjà a éprouvé cinq ou six accès de mutisme.

Je vous le présente de nouveau aujourd'hui pour le mettre en parallèle avec les deux précédents.

Il y a toujours intérêt, quand cela se peut, à placer l'un à côté de l'autre les malades d'un même groupe. Les analogies et les contrastes sont ainsi mis en relief et les résultats de cette étude comparative sont généralement des plus instructifs. La possibilité où nous sommes, dans cet hospice, d'établir fréquemment de pareils rapprochements, en raison de la richesse du matériel dont nous disposons, suffira déjà à elle seule, si cela était nécessaire, pour justifier la création de notre enseignement clinique. Mais je ne vois pas de nécessité à entreprendre une apologie, et j'en reviens à notre muet. Il est, comme les précédents, un exemple du type classique avec une variante, toutefois, que je veux vous

signaler et qui m'oblige à modifier encore sur un point ma description première.

Je vous ai parlé du bégaiement qui, chez les hystériques, précède et suit les crises de mutisme. Eh bien, chez notre malade qui, il y a huit jours, était absolument muet, conformément au type classique, ce n'est pas seulement du bégaiement qu'on observe aujourd'hui, c'est une véritable aphasie marquée par l'oubli de certains mots et de fragments de mots, surtout lorsque ceux-ci sont longs.

Cela rappelle donc ce qui se voit fréquemment dans les aphasies organiques ; seulement nous n'observons pas chez notre malade qu'un mot soit prononcé jamais au lieu d'un autre, contrairement à ce qui s'observe assez vulgairement quand l'aphasie reconnaît pour point de départ une lésion en foyer (paraphrasie).

Il m'a répondu Du... Du... et n'a pu dire le reste ; immédiatement, cependant, prenant la plume, il a écrit Dutour. Il ne peut prononcer isolément le mot tour. Tout cela se reproduit aujourd'hui devant vous, exactement de la même façon. Il n'est donc pas sous ce rapport plus avancé que l'autre jour.

M. Charcot, au malade. — Dites le petit nom de votre femme ?

Le malade. — Lou... Lou... Lou...

M. Charcot. — Elle s'appelle Louise.

Il y a donc dans ce cas non pas un simple bégaiement, mais véritable aphasie motrice polysyllabique et c'est justement là ce que j'ai voulu faire ressortir. Au contraire, absence complète d'agraphie, ainsi que je vous l'ai fait constater l'autre jour.

La conclusion de tout cela c'est que le mutisme hystérique peut, dans quelques cas, s'accompagner d'un certain degré d'agraphie, et dans d'autres cas d'un certain degré d'aphasie monosyllabique.

Après cela, faut-il s'attendre à voir le mutisme hystérique se combiner avec la cécité ou la surdité verbale. Cela ne s'est pas vu encore que je sache; mais cela se verra-t-il jamais?

C'est là une question que les observations ultérieures permettront seules de résoudre.

5 ^e ENTRÉE à l'asile de Sainte-Anne 1 ^{er} aout 1890.	{ Est atteint d'aliénation mentale; dangereux pour lui et pour les autres; il est urgent de le transporter dans un asile spé- cial.
---	---

Signé : D^r Ball.

<i>Immédiat.</i>	{ Mutisme hystérique. Idées mélancoliques. Misère. Accès d'agitation par intervalles.
------------------	---

Signé : D^r Rouillard.

6 ^e ENTRÉE 29 juin 1892.	{ Est atteint d'anorexie et de mutisme hystériques, qu'il refuse absolument toute alimentation.
--	---

Signé : D^r Lyon.

30 juin 1892.	{ Est atteint d'hystérie, attaques fréquentes, hémianesthésie droite, mutisme.
---------------	--

Signé : D^r Dagoult.

7 ^e ENTRÉE 21 février 1895.	{ Est atteint de mutisme hystérique.
---	--------------------------------------

Signé : D^r Souques.

22 février 1895.

{ Mutisme hystérique. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Incapacité de pourvoir à ses besoins.

Signé : D^r Toulouse.

Examen du 15 mai 1895. On lui demande si c'est la première fois qu'il présente ce mutisme, il essaie de répondre et il dit avec une rapidité extrême : « trois, quatre fois ».

Il correspond très facilement par écrit.

Il dit : Cha... cot.

Non (voulant dire : Guinon).

Mon-tin (pour dire : Moutard-Martin).

Il dit encore : Parce que... Je... Toujours... On a... regardez donc...

Et puis :

Oui... Quoi... Ça... Sacré... Nom...

16 mai 1895. — Ce matin, à 10 heures, le malade a eu une attaque d'hystérie. Il s'est approché d'un infirmier pour l'avertir qu'il allait avoir un accès en lui désignant « le flanc droit, comme si le mal partait de là ». Couché, le malade a eu, en effet, un accès classique de grande hystérie.

17 mai 1895. — Le malade est insensible à la piqure pratiquée sur tout le côté droit du corps; à gauche, il sent très bien la piqure.

Sur la ligne médiane du corps le malade ne sent rien.

La conjonctive droite peut être touchée avec la tête d'une épingle sans provoquer le moindre mouvement réflexe;

A la conjonctive gauche, la sensibilité est conservée.

Il entend fort mal des deux oreilles : il faut mettre une

montre à une distance de cinq centimètres de chaque oreille pour que le malade entende le tic-tac.

La vision est meilleure du côté gauche.

De même, l'odorat et le goût.

Le réflexe patellaire gauche est normal ;

A droite il est affaibli.

4 mai 1896. — Grande attaque « d'hystérie major » avec tous les caractères classiques : le malade a une aura constante et très nette consistant en une sensation de boule qui lui remonte de l'estomac ou du flanc droit à la gorge. Dernièrement la crise a duré trois heures.

Héminesthésie sensitivo-sensirielle gauche.

Bégalement hystérique.

4 juin 1896. — Le malade a eu, le mois dernier, plusieurs crises convulsives. Un accident de cet ordre l'a surpris il y a trois jours et l'a laissé dans l'état actuel. Avant cette crise le malade présentait du bégaiement avec aphasie marquée par l'oubli de certains mots et de fragments de mots, surtout lorsque ceux-ci étaient longs. Il écrivait de suite les mots qu'il ne pouvait trouver ou achever et s'il ne pouvait dénommer les objets, il ne donnait jamais, en revanche, de qualificatif inexact ; il présentait de l'aphasie motrice polysyllabique avec absence d'agraphie ; comme stigmates hystériques : dyschromatopsie, rétrécissement concentrique du champ visuel, héminesthésie sensitivo-sensorielle. Lorsqu'il ne trouvait pas le mot, il aidait à sa recherche par la mimique.

Depuis la crise le malade présente l'état suivant :

Langage. — Pas d'aphonie. Réponses parfois monosyllabiques. Conservation du langage mimique. Absence com-

plète d'agraphie avec réponses très rapides par l'écriture.

Vue. — Dyschromatopsie très prononcée pour toutes les couleurs, sauf pour le bleu. Il existe un certain degré d'exophtalmie de l'œil droit. La vision centrale a baissé : ne lit plus que n° 6. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Il n'y a pas de scotome central. Muscles extrinsèques : normaux. Pupilles égales. Réflexes lumineux conservés de chaque côté. Réflexes accommodateurs extrêmement faibles.

Ouïe. — Très diminuée à gauche, normale à droite.

Odorat. — Abolition de l'odorat du côté de la narine gauche : fleur d'oranger, thérébentine, menthe, vinaigre.

Goût. — Abolition du goût sur la moitié gauche de la langue; essai avec : sucre, sel, sulfate de magnésie, aloès, sulfate de quinine.

Sensibilités : tactile, à la douleur, thermique. — Abolition totale sur la moitié gauche du corps.

Réflexe pharyngien. — Aboli.

Réflexes cutanés plantaires. — Forts.

Actuellement, pas de zones hystérogènes.

Écriture. — Le malade répond très exactement et très vite par écrit aux questions qu'on lui pose; il peut écrire d'après un texte dicté aussi bien que d'après un texte lu.

Dynamomètre	}	M. D. = 27.
		M. G. = 28.

Réflexes rotuliens : gauche fort, droit faible.

Stigmates physiques de dégénérescence multiple et surtout, oreilles très développées, distantes du crâne, asymétrie faciale.

9 juin 1896. — Amélioration dans l'articulation du lan-

gage, réponses parfois polysyllabiques, souvent monosyllabiques ; même impossibilité d'achever les mots longs, comme : artilleur, Nabuchodonosor.

29 juin 1896. — Le malade a eu cette nuit une attaque d'hystérie convulsive qui a duré une heure et a été précédée de l'aura habituelle.

L'examen pratiqué plusieurs heures après donne les résultats suivants :

Trouble profond du langage articulé ; le malade n'est pas aphone, mais n'arrive à prononcer distinctement ni les voyelles ni les consonnes, même les plus faciles, exemple : a, e, i, d, m..., etc.

Les tentatives d'articulation s'accompagnent d'efforts caractérisés par un spasme des muscles de la face (frontal, buccinateur, muscles péri-buccaux) ; au moment de la phonation : contracture spasmodique légère mais persistante des muscles du plancher de la bouche, précédée par une inspiration profonde et bruyante et suivie immédiatement d'une expiration courte et spasmodique ; l'intervention du diaphragme est à peine marquée dans les efforts nécessaires à l'émission du son.

Conservation de la mimique et de l'écriture.

Persistance des mêmes stigmates hystériques.

Le malade est très émotif, ce qui accentue encore la défec-tuosité de l'articulation.

La langue dépasse à peine les arcades dentaires et est déviée à droite.

Le chant est absolument impossible. « Je ne puis chanter, nous répond par écrit le malade, vu que les mots que je

veux dire ne veulent pas sortir et alors je suis énervé. Je veux entonner un air et aussitôt j'oublie cet air. »

Réflexion. — En dehors du mutisme et du bégaiement dont notre malade a été tour à tour affecté, son histoire clinique présente bien d'autres points intéressants à relever. En effet, en présence de cet aphasique moteur, en pleine possession de son intelligence, maître de son esprit, la question se pose d'elle-même : pourquoi est-il hospitalisé plutôt à l'asile de Sainte Anne qu'ailleurs ?

■ Charcot, en retraçant l'histoire clinique de notre malade, avait déjà attiré l'attention sur ce point. « Ce qui justifie ce séjour dans les asiles, dit l'éminent clinicien, c'est que, agité en raison de son mutisme, et se livrant à une pantomime bizarre dans l'espoir de se faire comprendre plus rapidement que par l'écriture, il présente en ces moments-là une apparence vraiment étrange qui peut faire naître l'idée qu'il s'agit d'un aliéné. »

M. le professeur Raymond, au sujet du malade de M. Troisier (obs. V), donc, dans un cas analogue au nôtre, avait fait observer que les malades, atteints de mutisme hystérique, sont souvent envoyés dans un asile d'aliénés, sur certificat médical. A un examen superficiel on pourrait confondre ce malade avec un alcoolique sous l'empire de la folie alcoolique. « Comme on le sait, dit M. le Professeur Raymond, les hallucinations visuelles, auditives, et parfois celles du goût, du tact, etc., sont la caractéristique essentielle de l'état délirant, dans les deux cas. Comme l'a fait remarquer Lassègue, le délire des alcooliques est un rêve qui continue à l'état de veille ; le malade peut conserver les

convictions, les idées, les inquiétudes. Il en est parfois de même chez les hystériques. »

Une autre particularité, tirée de l'évolution même de la maladie, mérite aussi notre attention.

N'est-il pas remarquable de voir comment la grande névrose, pour sa manifestation, avait adopté une forme aussi immuable que constante? Ainsi, on peut presque à coup sûr prédire comment réagira son système nerveux sous l'influence d'une forte excitation extérieure. Or, l'affection provoquée par l'excitation procèdera toujours de la même façon et présentera invariablement les trois phases suivantes :

- 1° Mutisme ;
- 2° Bégaiement ;
- 3° Retour à l'état normal,

La maladie, dans notre cas, peut donc être comparée d'une façon imagée à une plaque de phonographe qui, impressionnée par un air, le reproduit fidèlement toutes les fois que l'appareil est mis en mouvement.

OBSERVATION II

Mutisme hystérique, chez une malade traitée dans le service de M. le professeur Pitres en 1885.

Émilie M..., âgée de 21 ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 1^{er} mai 1885.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique, d'un caractère extrêmement violent, mort à 42 ans d'une fluxion de poitrine. Mère irritable et boudeuse, morte de couches. Frère maladif, acariâtre, s'adonnant à l'ivrognerie. Sœur très bien portante.

Antécédents personnels : Dans son enfance, Émilie a été très impressionnable. La moindre contrariété l'exaspérait. Elle était sujette à des crises de hoquet qu'il était impossible de réfréner et qui duraient souvent plusieurs heures consécutives. Réglée à 14 ans ; jamais d'attaques de nerfs ; jamais de maladies sérieuses.

A 18 ans, elle vint à Bordeaux et se plaça en qualité de cuisinière. Elle avait de temps en temps des bizarreries d'humeur qui étonnaient un peu ses maîtres ; mais comme elle était honnête et vaillante, on ne faisait pas attention à ses caprices et à ses bouderies.

Début des accidents : Le 29 avril 1895, Émilie, qui depuis deux jours était triste et maussade, vint trouver sa maîtresse et lui dit sur un ton très vif que la bonne du premier étage se moquait d'elle et que cela ne pouvait durer plus longtemps. Sa maîtresse la gourmanda doucement ; mais Émilie ne voulut pas entendre raison. Elle alla se cacher dans la cave et y resta trois heures, assise sur un tas de bois. Puis elle monta dans sa chambre ; là elle perdit connaissance et eut une violente crise de nerfs, la première de sa vie, à la suite de laquelle elle perdit l'usage de la parole. Elle paraissait comprendre ce qu'on lui disait, mais elle ne pouvait y répondre que par gestes. On la garda deux jours, et, la maladie ne cédant pas, on finit par se décider à l'envoyer à l'hôpital.

État actuel le 2 mai : Émilie M... a les apparences extérieures d'une santé florissante. Son œil est vif, son teint coloré. Elle a conservé ses forces et son appétit. Si on lui parle, elle entend fort bien ce qu'on lui dit; elle montre par ses gestes et sa mimique qu'elle comprend ce qu'on lui demande, mais elle est incapable de répondre. Cependant, quand la visite est arrivée dans la salle, Émilie, qui était debout auprès du lit d'une de ses voisines, a dit très distinctement ces mots; « Tiens ! voilà les médecins ! » puis elle est allée à son lit et est retombée dans le mutisme absolu.

Les lèvres, les joues, la langue ont conservé intégralement leur sensibilité et leur motilité. La déglutition est normale. Les organes des sens ne présentent rien d'anormal. Légère hyperesthésie de la moitié gauche du tronc et des membres du côté gauche.

Le diagnostic du mutisme hystérique étant porté, on chercha à faire exécuter à la malade une série de mouvements forcés des lèvres. Peu à peu elle arriva à prononcer la lettre *a*, puis les voyelles *o*, *i*, *u*, *é*, puis les consonnes. Le lendemain on pouvait lui faire dire quelques mots : bonjour, madame, etc., mais elle avait encore beaucoup de difficultés à prononcer. Le jour suivant, 4 mai, la malade parlait sans hésitation ni difficulté; elle était guérie du mutisme pour lequel elle était entrée à l'hôpital.

OBSERVATION III

Bégaiement vraisemblablement hystérique. — Pitres
(28^e leçon clin.).

Ter... dix-neuf ans, équilibriste, entré à l'hôpital le 12 octobre 1888.

Antécédents héréditaires : Père mort à quarante-quatre ans d'un traumatisme accidentel. C'était un homme calme, doux, n'abusant pas des liqueurs alcooliques ; il bégayait depuis son enfance. Mère, âgée de quarante-huit ans, très impressionnable ; elle entre pour des motifs futiles dans des colères épouvantables. Un frère est très violent. Une tante paternelle était sujette à des attaques de nerfs. Une cousine germaine, âgée de vingt et un ans, est franchement hystérique.

Antécédents personnels : Jusqu'à l'âge de 14 ans, Ter... a joui d'une bonne santé. Il était intelligent ; il parlait très facilement sans bégayer.

En 1879, son père fut tué sous ses yeux ; il aidait à monter une lourde table de bois dans une maison avec une poulie ; la corde cassa et la table, en tombant, lui brisa le crâne. Ter..., voyant son père expirant, perdit connaissance et eut, quelques instants après, une grande attaque convulsive à la suite de laquelle il resta vingt jours au lit, agité par un délire des plus violents.

Peu de temps après cette maladie, il commença à remarquer qu'il ne parlait plus avec la même facilité qu'autrefois. Au début de certains mots, il éprouvait un serrement épigastrique qui l'empêchait d'articuler. A partir de ce moment, le bégaiement a toujours persisté; il s'est même notablement aggravé.

Etat actuel : Ter... est un garçon vigoureux; il jouit d'une excellente santé; il n'a d'autre infirmité que son bégaiement. Lorsqu'il veut parler, sa tête se tourne vers l'épaule droite, ses paupières se ferment fortement, la mâchoire inférieure est agitée de petites secousses, le diaphragme se contracte spasmodiquement, la langue est attirée vers le fond de la bouche et le malade lance une série de sons confus : que, que, que; ah, ah, ah! avant de pouvoir articuler les mots exprimant sa pensée.

Ce trouble de la parole se produit au commencement des phrases.

Il existe également dans la lecture à haute voix et dans la conversation; mais il disparaît tout à fait dans le chant et dans la déclamation.

En examinant la sensibilité générale du sujet, nous trouvons de larges plaques d'hyperesthésie cutanée siégeant sur les membres inférieurs, sur le thorax, le dos, la face postérieure des membres supérieurs, les paupières. En outre, les champs visuels sont rétrécis concentriquement, et le réflexe pharyngien est aboli.

OBSERVATION IV

Mutisme hystérique avec agraphie. — Lépine (observation recueillie par M. Courmont).

B..., âgé de 40 ans, prote, est entré dans mon service le 17 juin. Il est accompagné de sa femme, fort intelligente, qui donne sur ses antécédents les renseignements les plus circonstanciés, lesquels ont été confirmés deux jours plus tard par le malade.

Mère un peu nerveuse, lui-même nerveux dès son enfance; pas d'alcoolisme ni de syphilis.

A l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'une contrariété, il est tombé comme une masse et est resté 30 heures sans connaissance. Revenu à lui il est resté 24 heures sans parler, riant continuellement; au bout de quelques jours il a repris son travail.

Marié à vingt-six ans; trois enfants bien portants.

A trente-deux ans, sans cause appréciable, il s'est aperçu un matin qu'il soulevait avec peine son bras gauche et que sa jambe gauche traînait. Guérison en trois ou quatre jours; néanmoins, depuis cette époque, il a souvent un peu de faiblesse des membres du côté gauche.

Il y a dix mois, à la suite d'une vive contrariété, crise brusque la nuit, avec grands mouvements; douleur laryngée et perte de la parole pendant une demi-heure.

Il y a quatre mois, à six heures du soir, brusquement

perte de la parole, le visage et la pointe de la langue sont déviés à gauche. Le lendemain les accidents étaient dissipés.

Il y a un mois, petite crise et perte de la parole pendant quinze jours; pendant ce temps il écrivait parfaitement. Puis il peut parler pendant deux jours; mais alors il s'étonne de se trouver chez lui : il se figurait devoir être dans une ville voisine où la crise avait débuté; puis il cesse de parler et en même temps il est dans l'impossibilité d'écrire.

L'état est resté stationnaire depuis ces quinze derniers jours.

Etat actuel : homme bien constitué, maigre, de tempérament évidemment nerveux, muet et aphone; il accuse par geste l'existence d'une douleur céphalique qui prédomine à la partie supérieure de la région temporale gauche; il comprend parfaitement la parole et l'écriture. Quand on lui fait chercher un mot dans une page, il l'indique avec le doigt aussitôt et sans la moindre hésitation; donc absence de surdité et de cécité verbales. Toutefois il fait comprendre que la lecture le fatigue. On lui demande s'il pourrait composer (il est imprimeur); il répond affirmativement et il fait le geste de chercher différentes lettres dans une case imaginaire. Les divers mouvements des lèvres et de la langue sont bien conservés; pas de douleur au larynx; mais un peu de sensation de gêne.

Tous les mouvements des doigts de l'une et de l'autre main sont parfaitement intacts. Ainsi avec la main droite le malade tient parfaitement et porte à sa bouche sa cuiller pleine de bouillon. La précision des mouvements les plus délicats paraît absolue. Mais si on lui met un crayon dans

les mains et qu'on lui dise d'écrire un mot, il en est incapable; le crayon n'exécute aucun trait, il reste à la même place; puis, au bout de quelques instants, on voit la face s'injecter, les doigts et surtout l'index se fléchir et le crayon s'échapper des doigts après s'être écrasé contre le papier. Cette expérience a été faite plusieurs fois, et toujours avec le même résultat : non seulement le malade ne peut tracer une lettre, *mais il ne peut même la copier.*

Très légère hémianesthésie gauche; le champ visuel, intact à droite, est diminué de plus de moitié à gauche.

Dans la nuit suivante, il a guéri spontanément, et à la visite, il cause avec une grande volubilité.

OBSERVATION V (résumée).

Mutisme hystérique. — Troisier (Société méd. des hôpitaux, séance du 8 avril 1892).

Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, exerçant le métier de cocher. Ses antécédents sont nuls.

Antécédents personnels : cet homme s'adonne, depuis longtemps; à des excès de boisson. L'an dernier, il fut atteint, après un traumatisme sur la tête, d'une attaque apoplectiforme, et il fut placé, peu de temps après, à Sainte-Anne pour des hallucinations et des idées délirantes; il y fit un séjour d'un mois.

Le lundi 21 mars, il s'enivre de nouveau, et, vers minuit,

en rentrant chez lui, il s'aperçoit tout d'un coup qu'il ne peut plus parler. Le lendemain, on l'amène à l'hôpital. Le mutisme était alors tel qu'il est encore en ce moment; en outre, le malade présentait une parésie du membre supérieur et du membre inférieur du côté droit avec hémianesthésie de la peau et des muqueuses, et, en particulier, de la muqueuse pharyngée. On a pu constater également différents troubles sensoriels du même côté : léger rétrécissement du champ visuel et micropsie, diminution de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

Il existait une plaque d'hyperesthésie au niveau de la partie inférieure de la région dorso-lombaire, et l'on trouvait, au niveau de la fosse iliaque droite, un point hystéro-gène très net.

Ce mutisme présente bien les caractères fondamentaux du mutisme hystérique. C'est une aphasie motrice complète, avec aphonie.

Le malade est dans l'impossibilité absolue d'articuler un mot ou de proférer le moindre bruit. Lorsqu'on le prie de parler, il ouvre et ferme la bouche et remue la langue sans pouvoir émettre aucun son. Malgré ses efforts, il n'arrive pas à reproduire les mouvements des lèvres et de la langue, qui sont nécessaires pour prononcer des mots du reste très faciles, comme « papa, oui », par exemple. Son facies est immobile et exprime le désappointement. Il peut cependant faire des grimaces, imprimer à la langue des mouvements déterminés; il peut souffler, mais il lui est impossible de siffler. Il n'est pas agraphique, car il écrit d'une façon correcte, sans omissions de lettres ou de mots; c'est par l'écriture que l'on peut s'entendre avec lui. Son intelli-

gence est intacte. Il lit et il comprend parfaitement ce qu'il lit; il n'y a donc pas de cécité verbale. Il n'y a pas davantage de surdité verbale, car il désigne tous les objets qu'on lui nomme. Bref, ce cas est tout à fait typique.

Examen laryngoscopique pratiqué par M. Lermoyez.
— Les mouvements des cordes vocales sont intacts. Tous les muscles du larynx se meuvent bien; l'occlusion réflexe de la glotte est conservée; mais les cordes demeurent immobiles, dès qu'elles doivent intentionnellement s'accommoder en position vocale. Un tel état mérite le nom, dit M. Lermoyez, de paralysie fonctionnelle phonatoire du larynx.

Dès lors, l'aphonie absolue, qui s'observe dans ce cas, s'explique aisément. Quand le malade veut parler doucement, les cordes restent écartées en position respiratoire et ne vibrent pas; veut-il, au contraire, forcer la voix? Immédiatement, le larynx prend la position d'effort : les deux cordes, pressées l'une contre l'autre, écrasent leurs vibrations, tandis que l'accolement des bandes ventriculaires joue en même temps le rôle d'étouffoir; mais, dans ce dernier cas, ce n'est pas la fonction vocale, c'est la fonction d'effort du larynx qui est sollicitée.

OBSERVATION VI (*résumée*).

Mutisme hystérique. — Nattier (in *Ann. de la Pol. de Paris*, 1894).

M^{me} F..., femme de ménage, âgée de 36 ans, présente les antécédents héréditaires suivants : sa mère est morte à l'âge

de 35 ans; elle était d'un caractère très emporté. Le père est bien portant et d'une nature très calme. La grand'mère du côté paternel était excessivement nerveuse, elle avait de fréquentes attaques d'hystérie.

Antécédents personnels. — La malade a eu, dans l'enfance, des convulsions qui se sont prolongées jusque vers l'âge de 7 ans; à 9 ans, ictère consécutif à une frayeur vive. De 15 à 19 ans, nombreuses crises de nerfs, lesquelles, dans certains cas, se répétaient jusqu'à deux fois par jour; elle perdait alors connaissance et présentait des mouvements désordonnés des membres.

A l'âge de 17 ans, la malade eut la fièvre typhoïde; quelque temps après, elle resta sans parler pendant onze mois. Un matin, en se réveillant, elle s'aperçut qu'elle avait complètement perdu l'usage de la parole; celle-ci lui revint dans un accès de colère, subitement, au moment où elle voulait prononcer un gros juron. Pendant que durait ce mutisme, il lui arrivait assez souvent, en buvant ou en mangeant, de sentir les aliments lui pénétrer dans le nez; très facilement aussi, elle éprouvait, pendant les repas, des phénomènes d'étranglement.

Mariée à l'âge de 19 ans, M^{me} F... a eu quatre grossesses. Au début de la première grossesse, la malade avait eu, pendant plusieurs jours, une extinction de voix et la parole était en même temps nasonnée.

Le 7 août, la malade vint consulter pour une extinction de voix survenue depuis quelques jours déjà. A l'examen laryngoscopique, on constata que ce phénomène était dû à une parésie de l'ary-aryténoïdien, laquelle était accompagnée d'une rougeur légère des cordes vocales.

En outre, il existait une toux fréquente et d'assez grande intensité.

Le traitement institué à cette époque-là était le suivant : attouchement de la muqueuse vocale avec une solution de chlorure de zinc (au 1/10^e) et à l'intérieur deux pilules de strychnine (de 2 milligrammes) par jour ; en outre, tous les deux jours, électrisation externe des récurrents.

Cette thérapeutique eut pour résultat une amélioration passagère ; au bout d'un mois l'extinction de voix disparut presque subitement.

État actuel (15 septembre). — La malade, à la suite d'une peur qu'elle a eue le 31 août 1891, a perdu de nouveau l'usage de la parole.

Cette femme, de taille moyenne, ayant le teint pâle, présente une physionomie très mobile. Elle fait des excès de boisson et présente plusieurs signes d'intoxication chronique par l'alcool. Elle dort mal, a des cauchemars la nuit avec visions d'animaux et de précipices : le matin, elle expectore une quantité considérable de crachats spumeux.

M^{me} F... est employée chez une marchande de beurre, et c'est là qu'elle a perdu la parole la dernière fois dans des circonstances tout à fait particulières. Un jour, qu'elle se trouvait seule dans la boutique, F... ouvrit la caisse et y prit plusieurs pièces blanches ; entendant un bruit de monnaie, la patronne s'empressa d'accourir et surprit le coupable qui laissa rouler les pièces à terre. Aussitôt, elle eut une crise hystériforme et quand elle reprit ses sens elle ne parlait plus. Ce mutisme a duré cinquante-neuf jours. Les premières journées après l'accident, la malade se montra très irritable. Cette fois, il n'y a pas eu de paralysie du

voile et la nourriture n'a eu aucune tendance à passer par le nez.

Examen. — Inspection laryngoscopique permet de reconnaître une *paralysie complète des cordes vocales en abduction*.

Sensibilité générale. — Une diminution légère de la sensibilité du côté droit du corps. On trouve trois zones d'hyperesthésie; présente en outre des points hystérogènes de chaque côté, au niveau du côté droit. Au niveau de la base de la langue, l'anesthésie est complète ainsi que sur l'épiglotte; sur la langue, au contraire, il n'existe, comme sur le corps, qu'une hémianesthésie.

Odorat. — La malade perçoit nettement les odeurs; elle éprouve une vive répulsion pour le jasmin. Du côté droit, l'olfaction était plus faible et semblait ainsi participer à l'anesthésie partielle de cette moitié du corps.

Goût. — Aussitôt après l'accident, la malade n'avait pas d'appétit et ne trouvait aucune saveur aux aliments.

Ouïe. — Une légère diminution du côté droit.

Yeux. — Une légère diminution concentrique du champ visuel.

Sensations psychiques. — F... comprend très bien ce qu'on lui dit, elle a des idées très nettes et a conservé toute les facultés intellectuelles. Elle écrit très bien.

Le 29 octobre, à la suite d'une violente émotion, la parole lui est revenue brusquement.

Le timbre de sa voix est plus clair qu'il n'était avant le mutisme,

OBSERVATION VII

Bégaiement hystérique. — Druène (Thèse de Paris, 1893-1894, p. 13).

Eugénie S..., âgée de 19 ans, crémillère, demeurant à Paris, avenue des Gobelins.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique avec accès de colère terribles pendant lesquels il suffoque. Mère a des attaques de nerfs, alcoolique aussi.

Une de ses sœurs, plus âgée qu'elle de huit ans, a été soignée à Saint-Antoine comme hystérique.

Eugénie S... ne se rappelle avoir fait d'autre maladie qu'une rougeole qu'elle eut à l'âge de 4 ou 5 ans. Elle a toujours été très émotive, pleurant pour la moindre des choses et tressautant lorsqu'une porte se fermait brusquement.

Trois à quatre mois environ avant l'apparition de ses règles, elle eut de nombreuses crises de nerfs ; elle se roula à terre et se tenait sur le sommet de la tête et sur les talons, les poignets tournés en dehors ; elle sentait avant la crise que « ses nerfs se nouaient sur son estomac ». Depuis l'apparition de ses règles (mai 1891), la malade avait éprouvé une certaine accalmie ; il est vrai qu'elle avait quitté la maison, où la brusquerie de ses parents était une cause fréquente de crises, pour entrer dans une crèmerie aux environs des Halles.

Elle vécut ainsi jusqu'au mois de décembre 1893. A cette époque, elle fut prise d'une crise de bégaiement à la suite d'un premier coït.

Elle bégayait ainsi depuis quatre jours, lorsque nous avons eu l'occasion de l'examiner.

C'est surtout au commencement des phrases que la difficulté se fait sentir. La malade hésite, ouvre la bouche dans un rictus sans pouvoir abaisser la mâchoire inférieure.

La malade est vive, elle s'empare d'un papier pour écrire ce qu'elle ne peut dire et, tout à coup, le son part franchement, articulé, un peu fort et bref cependant. « Jamais je ne n'a n'avais bébé-bégayé. »

A la lecture, ces difficultés sont les mêmes, elles portent surtout sur la première syllabe qui est répétée deux ou trois fois; les autres syllabes sont généralement prononcées assez nettement.

Quand elle chante, toute gêne disparaît. Elle se retrouve toute entière lorsqu'il s'agit de compter ou de lire des nombres.

La malade présente de nombreux stigmates hystériques.

Rétrécissement concentrique et irrégulier du champ visuel, conservation de la notion des couleurs, sauf le rouge, qu'elle prend pour du noir.

Ouïe et odorat normaux.

Réflexe pharyngien aboli; les autres sont conservés.

Zones anesthésiques en îlots sur les bras, les cuisses et les mollets.

Zones hystérogènes au-dessous du sein droit, au-dessous et un peu en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

La compression des ovaires produit immédiatement une vive sensation d'étouffement et la malade porte aussitôt ses mains à sa gorge.

La malade fait chaque matin des applications de linges mouillés sur la poitrine et sur le dos. A l'intérieur, vin de quinquina, sirop d'hémoglobine du Dr Deschiens.

Cet état continue et elle est renvoyée de la crèmerie où elle travaillait, à cause de ses bégaiements.

Six jours après ce renvoi, elle trouve de l'ouvrage dans une autre crèmerie ; elle vient annoncer la nouvelle à sa mère sans bégayer.

Nous avons eu l'occasion de la revoir, elle n'a plus bégayé depuis.

OBSERVATION VIII.

Bégaiement hystérique chez un dégénéré.—Chabert (*Progr. méd.*, 1893).

R... G..., 14 ans. — Antécédents héréditaires : Père, âgé de 51 ans, bonne santé, habitudes régulières, très intelligent, caractère irritable, recherchant la contradiction, chez lequel, en dehors des affaires de son commerce, l'attention est difficilement captivée ; en un mot, « toujours en l'air ». Jeune, perdrait connaissance à tout propos ; la vue du sang, une querelle, une chute déterminaient cet état. Au physique, bien conformé, mais tête en forme de boule. Comme

traits distinctifs, parle avec une grande volubilité, est très méfiant de sa nature, doute même des affirmations de ses proches.

Mère, 58 ans, taille au-dessus de la moyenne, même conformation spéciale de la tête, enjouée, intelligente, s'exprime avec une grande rapidité et force gestes, redisant souvent les mêmes choses ; originale dans la manière de se vêtir ; n'a jamais fait de maladie grave ni présenté d'attaques convulsives. Mariée à un cousin germain, elle en a trois enfants : deux filles et un garçon. Les deux filles ont 26 et 22 ans ; toutes deux sont très émotives, migraineuses, d'un caractère gai ; l'aînée est sujette à des pertes de connaissance qui surviennent à la suite de la moindre contrariété et sont précédées d'une sensation de boule. Le garçon est l'objet de cette observation.

Les grands-parents sont morts à un âge avancé. On ne relève chez eux ni tuberculose, ni arthritisme, ni maladie nerveuse, à l'exception de la grand'mère maternelle, qui a présenté longtemps des attaques convulsives d'hystérie. Il n'y a jamais eu de bègues dans la famille.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — G... est un garçon suffisamment développé pour son âge ; intelligent, laborieux, il occupe dans sa classe un bon rang. Il s'est toujours montré affectueux pour les siens. De tout temps, il a été espiègle ; son bonheur consiste à taquiner sa mère, ses sœurs : il n'a de trêve que lorsqu'il a lassé leur patience. Par contre, il ne supporte pas d'être contrarié, manifeste des impatiences, voire des colères pour les motifs les plus futiles. Sa naissance a eu lieu à terme ; lorsqu'il a été conçu, sa mère avait environ 39 ans. Dans son enfance,

pâs de convulsions ; la dentition s'est faite sans incident. A 6 ans, fièvre typhoïde bénigne ; quelques mois plus tard apparaissent des céphalées périodiques et du bégaiement.

Les céphalées consistaient en des maux de tête occupant la région frontale qui enlevaient tout entrain à l'enfant, mais sans lui arracher le moindre cri de souffrance ; elles survenaient tous les quatre à cinq jours, se produisaient régulièrement le soir vers les cinq heures, duraient une demi-heure et se jugeaient par des épistaxis peu abondantes. Le mal de tête dissipé, il restait une lassitude générale qui faisait contraste avec la turbulence habituelle de l'enfant. Les maux de tête, en dépit de tous les traitements, ont persisté plusieurs années.

Le bégaiement paraît avoir été contemporain des céphalées. Au début, il s'est traduit par des hésitations de la prononciation qui se manifestaient au cours de la récitation. Les maîtres, croyant à des leçons imparfaitement sues, n'épargnèrent pas les réprimandes, aussi la situation ne fit qu'empirer. Quelques temps après, le vice d'articulation présentait les caractères suivants : le trouble consistait en un spasme des muscles phonateurs qui se produisait sur l'émission des syllables placées au commencement ou au milieu des mots ; il en résultait un arrêt net de la parole et la langue s'appliquait contre la voûte palatine. Pour faire cesser le spasme, l'enfant était obligé de reprendre la phrase ou bien de revenir de quelques mots sur son récit, cela parfois à plusieurs reprises jusqu'au moment où, par une sorte d'effort, la difficulté était vaincue. Dans la conversation, à la lecture à haute voix, le phénomène était

beaucoup moins prononcé; il faisait défaut pour le chant et la récitation à voix basse.

Concurremment avec le spasme de l'organe vocal, il se produisait des mouvements involontaires des membres inférieurs consistant dans le glissement des deux pieds, qui étaient portés alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant. Ces mouvements, analogues à ceux que l'on exécute dans un moment d'impatience, s'observaient quelle que fût la position occupée, mais pendant la marche ou dans la station debout étaient moins prononcés; ils étaient alors plutôt comparables à un piétinement sur place, et pour se produire dans la première de ces positions, la locomotion se trouvait momentanément interrompue.

Ces phénomènes, malgré la médication bromurée et l'usage des antispasmodiques, ont persisté sans atténuation marquée jusqu'en janvier 1892. A cette époque, M. le Dr Jules Simon, consulté, consulta tout particulièrement la gymnastique de l'organe vocal : épeler, chanter, solfier. Grâce à cet exercice, six mois après, une amélioration notable était obtenue (juillet 1892). C'est à cette dernière date que l'éminent maître, dans l'espoir d'obtenir une guérison complète en modifiant le terrain névropathique par un séjour à Bagnères-de-Bigorre, voulut bien nous adresser le malade.

Examen du malade. — Membre et tronc bien proportionnés; musculature normale : à droite, l'aiguille du dynamomètre donne 48; à gauche, 45. Tête ronde, voûte palatine légèrement en ogive; dentition mauvaise, plusieurs dents sont cariées; incisives supérieures saillantes, obliquement implantées, dépassant en longueur les dents voisines;

leur bord libre est uni. Luette et voile du palais bien conformés; la langue est développée normalement. Retirée hors de la cavité buccale, elle n'offre pas de contractions et exécute les divers mouvements ordonnés. Pas d'asymétrie de la face; oreille bien ourlée, le lobule n'est pas adhérent.

Comme stigmates hystériques, on note : acuité visuelle diminuée, rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie de l'œil gauche : le vert, le violet sont pris pour du bleu, le rouge pour du marron; réflexes pharyngien, conjonctival abolis; le goût et surtout l'odorat sont obnubilés à gauche; la muqueuse pituitaire de ce côté est à peine impressionnée par l'ammoniaque. Hyperesthésie à gauche; les autres modes de la sensibilité sont intacts.

Absence de zones spasmogènes.

Le trouble du langage est caractérisé par la parole rapide et par du bégaiement qui offre les particularités suivantes : à la lecture, dans la conversation, le vice d'articulation est peu marqué; c'est tantôt une hésitation, tantôt une répétition des syllabes placées au commencement ou au milieu des mots. L'hésitation consiste dans la prolongation du son de la syllabe émise. Elle s'observe pour les voyelles ou les consonnes, mais le plus souvent pour ces dernières.

Il en est de même de la répétition. Dans la récitation, le phénomène s'accuse et porte le plus souvent sur la répétition qui, alors, cesse d'être consécutive; il s'écoule un intervalle de quelques secondes avant que la syllabe, cause du faux pas, soit prononcée pour la seconde fois; ce n'est qu'exceptionnellement que la reprise s'accompagne de mots déjà émis. Si, au moment de l'arrêt, on tient la main appliquée sous le menton du malade, on perçoit le durcissement

des muscles qui forment le plancher buccal, et l'on constate que l'os hyoïde est élevé; en outre, l'inspiration se trouve prolongée. Aujourd'hui, le spasme se produit rarement; à moins d'un état émotif ou de conditions atmosphériques spéciales comme l'humidité, c'est l'hésitation qui prédomine; dans le chant, la récitation à voix basse, il manque complètement.

Les mouvements involontaires des membres inférieurs sont associés au spasme de l'organe vocal; on ne les observe que lorsque ce phénomène a lieu. Dans la position assise, ils sont caractérisés de la sorte : le pied droit est porté en avant, puis d'avant en arrière et ramené en avant; pour le pied gauche, il est simplement porté en arrière, puis en avant. Debout, on relève simplement une trémulation des jambes. Ses mouvements s'exécutent avec rapidité, se rapprochant ainsi du type convulsif.

Dans la suite, ces troubles se sont considérablement amendés; toutefois, l'amélioration s'est faite d'une manière progressive et a été marquée par quelques retours offensifs. A la date du 1^{er} septembre, le spasme et les secousses musculaires avaient complètement disparu. Le vice d'articulation consistait simplement en de l'hésitation et ne s'observait qu'au cours de la conversation, quand le débit était précipité. Le malade articulait très nettement les mots qu'on lui donnait à prononcer, quelle que fût leur longueur, et lisait, sans le moindre faux pas, les phrases les plus embroussaillées, comme la suivante : « C'est le plus grand original des originaux qui ne se désoriginalisera jamais que lorsque le plus grand original des originaux se sera désoriginalisé. »

En ce qui concerne les stigmates hystériques, il s'était produit également un mieux sensible; on constatait uniquement l'abolition du réflexe pharyngien et une légère dyschromatopsie pour le vert. Les muqueuses nasale, linguale, étaient normalement impressionnées, mais les qualités olfactive et gustative restaient plus développées à droite.

OBSERVATION IX

Intoxication saturnine. — Hystérie. — Bégaiement transitoire et récidivant. — (Observation recueillie avec le concours de M. Marquez, interne des hôpitaux.)

Cab... (Edmond), âgé de quarante-trois ans, peintre en bâtiments, entré le 29 novembre 1887 à l'hôpital Broussais, salle Delpech.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère d'hydropisie. Un frère mort pendant la Commune. Aucun autre renseignement précis sur les ascendants ou collatéraux.

Antécédents personnels et histoire de l'affection. — Cab... exerce depuis longtemps la profession de peintre. Il avait joui d'une bonne santé jusqu'au jour où il ressentit les premières manifestations de l'intoxication saturnine. C'était en 1862; à cette époque, il paraît avoir éprouvé une première attaque de coliques. Vers le même temps, il fut pris de paralysie qui semble avoir été une paralysie

atrophique généralisée, et pour laquelle il a été soigné et guéri par Duchenne (de Boulogne). Depuis 1862, Cab... a été souvent repris de ses coliques de plomb, il a eu une dizaine de crises au moins. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Au mois de janvier 1886, par suite des circonstances que nous allons indiquer, survint un accident nouveau. Voici, du reste, la relation écrite de cet accident, telle que l'a rédigée le malade : « Je demeurais, écrit-il, dans la rue de la Parcheminerie et, comme je travaillais dans ma maison, j'avais mes enfants Jules et Edmond auprès de moi. « Je dis le matin, à 9 heures et demie, à Edmond : « Va, avec ton frère, chercher votre lait et fais attention aux voitures. »

« Au bout de quelque temps, ne voyant pas mes enfants revenir, je cherche partout. Ne les trouvant pas, je vais faire ma déclaration au commissaire de police qui me reçoit fort mal. A force de me renseigner, j'apprends enfin qu'une femme est partie dans une voiture, emmenant mes deux fils. Au signalement qu'on me donne de cette femme, je reconnais la mère de mes enfants, une ancienne maîtresse, avec laquelle je ne vis plus depuis longtemps. Je cours chez elle, mais en arrivant il m'a été impossible de dire une parole, je suis resté la bouche ouverte, la salive s'écoulant au dehors et j'ai dû être transporté à l'hôpital, dans le service de M. Damaschimo. » Le malade est resté deux mois à l'hôpital Laënnec. Dès les premiers jours, sa parole était revenue, mais elle était défectueuse, il y avait du bégaiement. « Je faisais rire en parlant les gens du service, nous dit Cab... » Sous l'influence d'un traitement hydrothéra-

pique énergique, les symptômes s'amendèrent progressivement.

Au mois d'avril 1886, Cab... tomba d'une échelle haute de 35 pieds. Il se fit de fortes contusions, se brisa le péroné. Mais il ne semble pas que la chute ait ramené les troubles de la parole. En juillet 1887, le malade, qui depuis quelques semaines avait repris de l'ouvrage dans une fabrique de céruse, éprouva de nouveau de la difficulté à parler. En quinze jours, les mouvements de la langue devinrent si difficiles, que C... se décida à entrer à l'hôpital Beaujon, service de M. Gombault. Il y resta jusqu'en novembre, époque à laquelle il guérit tout d'un coup, au sortir d'un bain. La guérison ne se maintint pas longtemps, puisque peu de jours après, C... était obligé de se faire admettre à l'hôpital Broussais, où nous l'avons observé.

A l'arrivée du malade, nous constatons chez lui trois ordres de symptômes, les uns témoignant de l'intoxication saturnine, les autres démontrant l'existence de l'hystérie, enfin une gêne particulière de la parole qu'on peut appeler bégaiement.

1^o *Symptômes d'intoxication saturnine.* — Actuellement, l'intoxication saturnine ne se révèle plus chez Cab... que par l'existence d'un liseré gingival léger. Il n'existe ni paralysie, ni atrophie musculaire qu'on soit en droit de rapporter à l'empoisonnement par le plomb.

2^o *Symptômes hystériques.* — Ils consistent en troubles de la sensibilité générale et spéciale.

a. *Sensibilité générale.* — Il existe une anesthésie diffuse, presque complète au tact et à la chaleur, absolue à la douleur. Cette anesthésie s'observe à la face, aux membres,

au tronc et à l'abdomen. Toutefois, comme on peut le voir, elle n'est pas générale; les plaques sensibles, nombreuses, d'étendue fort variables, existent aux membres et au tronc. Au niveau de plusieurs de ces plaques, notamment de celle de la partie latérale gauche de l'abdomen et du dos, la peau est non seulement sensible, mais nettement hypéresthésique. Sur ce point, la peau est plus rosée et plus vasculaire qu'ailleurs; si l'on frictionne un peu énergiquement les parties insensibles, la peau rougit d'abord, puis, bientôt, sa sensibilité reparait au niveau des parties frictionnées.

b. Sens musculaire. — Il semble conservé, en ce sens que le malade reproduit exactement avec le membre supérieur gauche les mouvements passifs communiqués au membre droit et réciproquement. Mais si l'on ordonne à C... de porter, après avoir fermé les yeux, l'index de chaque main à l'extrémité du nez, il exécute correctement le mouvement avec la main droite; au contraire, il est obligé, avec la main gauche, de recourir à de nombreux tâtonnements. Ce qui indique qu'à gauche, le sens musculaire est au moins affaibli.

c. Sensibilité spéciale. — Il n'y a pas de rétrécissement appréciable du champ visuel. L'ouïe, par contre, est très diminuée à gauche : la montre pour être entendue doit être placée à 2 centimètres seulement, tandis qu'à droite, elle est entendue à 15 et 20 centimètres. L'odorat et le goût sont très amoindris. Quand le malade mange, il lui semble qu'il mâche du coton.

3° Troubles de la parole, bégaiement. — Le symptôme qui attire tout d'abord l'attention, celui pour lequel le ma-

lade vient à l'hôpital, c'est une difficulté très grande de la parole. Cab... est, en effet, affecté d'un bégaiement très accusé.

Il n'est nullement aphasique. Il a à sa disposition tous les mots. Mais il n'arrive qu'avec peine à les articuler, par suite d'un trouble mécanique dans les organes d'émission. Comme chez les bègues, la prononciation est d'autant plus difficile que le malade est plus préoccupé et plus ému. C'est surtout lorsqu'on lui pose une question à l'improviste en sollicitant vivement une réponse, que le trouble s'accuse. Si on lui demande brusquement le nom d'un objet, on le voit tout d'abord faire un effort sans résultat; il peut à peine sortir un son de la poitrine, puis il esquisse avec difficulté et incorrection la première syllabe du mot; enfin, il projette d'un trait ce mot au dehors, en mangeant quelques-unes des syllabes et allongeant, au contraire, outre mesure certaines autres. Lorsqu'on cherche à analyser les défauts de la prononciation chez Cab..., on constate qu'elles se ramènent à trois : 1° impossibilité absolue de prononcer certaines syllabes ou certaines lettres de l'alphabet. C'est ce qui a lieu, par exemple, pour la lettre x. Si l'on invite le malade à dénommer cette lettre, il articule gi, xi, fait des efforts incroyables, essaie en articulant doucement, puis plus fort; il a chaud, le front se couvre de sueur et, finalement, Cab... se déclare impuissant; — 2° impossibilité d'articuler correctement certains mots ou certaines syllabes, que le malade prononce, mais en les altérant. Lorsqu'on le fait compter, par exemple, il prononce les mots de la façon suivante : Un-Queun, Deux-Gueeu, Trois-Quoi; — 3° enfin, certaines lettres ou certains

mots peuvent être prononcés d'une façon à peu près correcte, mais après maints tâtonnements et maints efforts, et lorsque le mot se compose de plusieurs syllabes, quelques-unes d'entre elles sont articulées très brièvement, tandis que les autres sont démesurément allongées. Voici quelques exemples :

b : le malade dit en hésitant bè bè bè, puis il projette un fort bê ou bèbè.

c : cè cè cè cè.

S'agit-il de prononcer Nabuchodonosor, voici les résultats obtenus : 1^{re} fois : Nâ à nâ bù co d ô ô sôr ; 2^e fois : Nâ à à bù co o ô do no sor.

On voit qu'à la première tentative, Cab... n'a pu prononcer le mot dans son entier et a escamoté une syllabe. A la seconde tentative, il est arrivé à articuler tout le mot, mais en répétant plusieurs fois la même syllabe.

4^o *Troubles de motilité*. — La difficulté de l'articulation coïncide avec un trouble manifeste de la motilité de la langue. En effet, lorsque le malade cherche à tirer cet organe hors de la bouche, il conduit la pointe jusqu'au niveau des lèvres sans pouvoir en dépasser le bord libre. Au reste, la difficulté que Cab... éprouve à mouvoir la langue se manifeste non seulement à l'occasion de la parole, mais aussi pendant la mastication et le premier temps de la déglutition, qui est devenue difficile.

Elle contribue certainement pour une très large part au bégaiement. Mais d'autres troubles de la motilité concourent aussi à le produire : en effet, si l'on examine attentivement Cab..., au moment où il fait effort pour prononcer une syllabe ou un mot difficile, on constate, d'une part, que

la respiration cesse d'être régulière. Cab... fait une inspiration quasi convulsive. D'autre part, les muscles de la langue, du pharynx et probablement du larynx sont affectés de mouvements spasmodiques évidents et animés de contractions irrégulières, d'où dérive le bégayement. A plusieurs reprises, pendant la déglutition, les liquides seraient revenus par le nez, ce qui indique que les muscles du voile du palais à ce moment ne se contractaient pas plus que les autres avec leur régularité habituelle.

Marche de l'affection. — Le malade est resté dans le service du 29 novembre 1887 au 31 décembre, c'est-à-dire pendant un mois. Le trouble du langage est allé pendant ce temps en s'améliorant d'une façon progressive, mais non pas régulièrement continue. D'un jour à l'autre, nous avons pu constater dans la façon de parler de Cab..., des modifications très accusées avec retours offensifs. Cab... dès le début, nous avait raconté que sa difficulté à parler, si accusée lorsque nous le voyions au lit ou dans la salle, s'atténuait d'abord puis disparaissait complètement lorsqu'il prenait un bain et pendant la durée du bain. Le fait nous ayant *a priori* semblé singulier, nous avons tenu à nous assurer par nous-même de son exactitude. Nous avons fait mettre Cab... au bain devant nous, à plusieurs reprises, en choisissant de préférence le moment où l'élocution était le plus difficile et nous avons constaté avec surprise, qu'en effet, peu de temps après s'être plongé dans l'eau, Cab... parlait plus correctement. Au bout d'une demi-heure environ, la parole devenait tout à fait facile. Cette amélioration artificiellement provoquée par le bain se maintenait d'ailleurs peu de temps après la sortie, au moins au début.

La prononciation vers la fin de décembre, étant devenue correcte, le malade s'est fait admettre comme infirmier à l'hôpital.

Le 1^{er} janvier, au moment où nous arrivions dans le service, il nous présentait ses souhaits, dans un petit discours fort bien tourné et débité sans difficulté appréciable de prononciation.

OBSERVATION X

(Résumée d'après Ballet. — Soc. méd. des hôp.,
11 octobre 1889.)

Il s'agissait d'un homme qui, après une altercation violente avec ses camarades d'atelier, fut pris d'une véritable crise nerveuse caractérisée par des battements de cœur et une sensation de constriction à la gorge. A la suite de cette crise, il resta complètement aphone pendant plusieurs heures, puis bègue. Comme stigmates hystériques, il avait une hémiparésie légère du bras et de la jambe gauche et une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté. Il était facilement hypnotisable. Il présente une variété particulière de bégaiement qui n'a pas été jusqu'à ce jour décrite. En effet, il traîne sur certaines syllabes, les prolonge beaucoup plus qu'il ne convient : il n'entame pas franchement le mot, répète plusieurs fois la première syllabe ; par exemple, au lieu de prononcer normalement

quarante, il dira quaquaraaaaante. Le second trouble est celui qui, au début, était le plus accusé. L'examen de la langue nous fournit, dans une certaine mesure, l'explication de ce bégaiement. Lorsqu'on fait tirer l'organe hors de la bouche, on constate qu'il est animé d'un tremblement à petites oscillations très apparentes.

Ce tremblement s'accuse particulièrement lorsque la langue est portée hors de la bouche à droite ou à gauche. Antérieurement à cette crise nerveuse et à cette attaque d'aphasie, le malade avait toujours joui de l'intégrité de la parole et n'avait jamais bégayé.

OBSERVATION XI

Un cas de surdi-mutité hystérique. — Lémoine (Méd. mod., 31 mai, 3 juin 1893).

D'Holl..., François, âgé de 40 ans, ouvrier frappeur, est apporté le 22 avril 1892 à l'hôpital de la Charité, où il est admis dans le service du professeur Lémoine, salle Sainte-Catherine, lit n° 11.

Cet homme est sourd et muet et ne peut marcher. Son interrogatoire, qui doit se faire par écrit, est fort difficile; voici ce qu'il nous apprend : son père, très nerveux, est mort de tuberculose pulmonaire; sa mère est vivante et très nerveuse; un de ses frères est mort de tuberculose; un frère

et une sœur survivent, ils sont très irritables et impressionnables.

Notre sujet n'a jamais eu de maladie grave. Marié à 20 ans, il a eu, ou plutôt s'est créé, beaucoup de chagrins domestiques ; il est sans cesse inquiet, et, à la plus petite contrariété, il ressent une profonde constriction à la gorge et au creux épigastrique ; il sent son cœur « se glacer », suivant son expression. Il y a huit ans, à la suite d'une vive impression morale, il eut une grande crise dans laquelle prédominaient une violente céphalalgie occupant le front et l'occiput et des douleurs épigastriques et xiphoïdiennes. Il avait aussi, à ce moment, une sensation de froid dans toute la région précordiale et celle d'une boule remontant jusqu'au pharynx.

Ces crises se répétèrent quinze ou seize fois pendant trois ans, puis disparurent peu à peu. Le malade resta fort irritable, riant ou pleurant à la moindre occasion. Il nous donna, pendant son séjour à l'hôpital, le spectacle journalier de cette extrême sensibilité.

Enfin, le samedi 23 avril, à la suite d'une discussion d'argent avec son patron, il entra dans une violente colère ; il eut l'idée de se venger et prit, dans ce but, un instrument tranchant, mais ne donna pas de suite à cette impulsion. Il rentra chez lui souffrant à la tête, au creux de l'estomac, et percevant encore une sensation de froid dans la région précordiale. Toute la journée du dimanche il reste sombre, ne voulant voir personne et refusant de parler ; il refuse toute nourriture. Le lundi matin, il retourne travailler, mais il se sent « tout drôle ». A neuf heures, il abandonne son travail, poussé par une idée de persécution ; il s'imagine

qu'on veut faire mourir sa famille de faim. Arrivé chez lui, il se couche; mais il est pris de si vives douleurs dans le côté gauche, qu'il fait appeler un médecin, lequel lui ordonne un vésicatoire. Le vésicatoire posé, le malade se lève mais il tombe lourdement à terre, comme une masse de plomb. Ceci avait lieu vers onze heures; il resta absolument étranger à tout ce qui se passait autour de lui jusqu'à une heure et demie. Quand il revint à lui, il était sourd-muet et ne pouvait marcher; c'est alors qu'on l'apporta à l'hôpital; il resta encore au moins une heure les yeux hagards, essayant en vain d'articuler quelques mots. Le soir il avait 39°1; mais le lendemain la température était tombée. A l'examen pratiqué le 26 mai au matin par le professeur Lemoine, on constate : que le malade n'entend pas, même quand on parle très fort et très près de lui; il fait signe, en comprimant sa gorge et en secouant sa tête, qu'il ne peut parler; il n'émet que des sons rauques et inarticulés; il n'y a ni hémiplegie droite, ni contracture; c'est un muet et non un aphasique. On ne trouve, du reste, aucun symptôme de ramollissement par thrombose ou embolie; enfin il n'y a aucune tare syphilitique.

En examinant l'ouïe, on remarque que l'oreille externe est complètement insensible à tout chatouillement; on peut impunément introduire un morceau de papier roulé jusqu'au tympan et le réflexe n'est même pas provoqué. Si on met une montre dans la bouche, ou si on l'applique sur le frontal, ou sur l'apophyse mastoïde du malade, il ne perçoit pas le tic-tac.

La vue, le goût sont normaux; le champ visuel n'est pas rétréci; l'odorat est très bien conservé.

L'intelligence est intacte. Il répond très bien par écrit ; donc pas de cécité verbale. La mémoire a conservé son intégrité ; pendant les deux ou trois jours qu'a duré son interrogatoire, nous lui avons posé, à dessein, plusieurs fois les mêmes questions et il a toujours répondu sans se contredire. Cependant, il faut remarquer que, quand il a écrit pendant quinze ou vingt minutes, il présente non pas de l'agraphie, mais plutôt de l'amnésie ; il commence à écrire un mot, s'arrête et cherche en vain à le déterminer, et ne pouvant y réussir, il passe outre et continue à écrire sa phrase ; ainsi le verbe « comprendre » qu'il avait très bien écrit au début des questions, il ne peut plus l'écrire vers la 20^e ou 25^e ligne, il met seulement « comp... » et ainsi pour beaucoup d'autres mots,

Troubles de motilité. — Les membres supérieurs sont absolument intacts ; mais il n'en est pas de même pour les membres inférieurs où il existe de la parésie, ou plutôt un trouble de la coordination qui, pendant la marche, le fait ressembler à un homme ivre. Au lit, le malade remue très bien les jambes ; ce n'est que quand il veut marcher que l'impotence se manifeste ; elles fléchissent et sont prises de tremblement. Pas d'atrophie musculaire. La force dynamométrique est conservée et normale. Aucun réflexe douloureux par la pression des testicules. Les réflexes pharyngien et rotulien sont absolument abolis, le réflexe cornéen est diminué.

Sensibilité. — Elle est pervertie en divers points du corps.

Sensibilité thermique. — Ses deux pieds sont complète-

ment insensibles au froid à 0 degré et à la chaleur à 35 degrés, la face dorsale aussi bien que la face plantaire.

Toute la face externe de la cuisse et de la jambe (côté droit) est sensible à ces deux agents ; mais tandis que la sensation de froid est perçue immédiatement, celle de chaleur ne l'est qu'à partir de 30 degrés et il s'écoule au moins 3 secondes avant sa perception.

A la face interne de la cuisse et de la jambe (même côté), le malade ne distingue pas une température de 0 degré d'une température de 50 degrés.

La face interne de la cuisse et celle de la jambe gauches sont complètement insensibles aux deux agents ; mais une petite circonférence de 2 centimètres de rayon est sensible au froid seul, tandis que sur la face externe, près du grand trochanter, il existe une autre circonférence de 1 centimètre de rayon, sensible à une chaleur de 35 degrés, insensible au froid.

Membres supérieurs : 1° Côté droit. Face dorsale et face palmaire de la main insensible au froid à 0 degré ; face dorsale sensible à 45 degrés de chaleur ; insensibilité complète de la face palmaire.

Avant-bras et bras insensibles aux deux agents, sauf à la région antérieure dans le pli du coude, où la sensibilité au froid paraît exagérée.

2° Côté gauche. Main, avant-bras et bras, n'importe en quel endroit, insensibles au froid à 0 degré et à la chaleur même à une température de 50 degrés.

Enfin sur le thorax et la région dorsale la sensibilité au froid et à la chaleur est normale.

Le diagnostic de surdi-mutité hystérique étant posé, il

allait de soi que le traitement par la suggestion était indiqué et M. le Dr Joire voulut bien se charger de la pratiquer.

Nous laissons ici la parole à M. le Dr Joire, qui a bien voulu employer chez ce malade le traitement par la suggestion.

« Pour soumettre le malade à l'hypnotisme et à la suggestion, l'on voit de suite qu'il s'élevait là une grande difficulté. Comment entrer en communication, pendant le sommeil hypnotique, avec un sujet absolument sourd ? car on pouvait crier de toutes ses forces à son oreille, il n'entendait absolument rien ; il était plus sourd qu'un sourd-muet même, car souvent ceux-ci perçoivent certains bruits éclatants.

« Il s'agissait d'abord de trouver un moyen de lui intimer l'ordre d'entendre, pour lui faire faire une auto-suggestion qui aussitôt commencée, serait facilement développée.

A l'état de veille, nous communiquions bien avec lui par l'écriture, mais je ne voulais pas employer ce moyen pour la suggestion pour plusieurs raisons. Si la suggestion par le geste impératif peut être aussi rapide, aussi profonde et aussi efficace que la suggestion par la parole, il n'en est pas de même de la suggestion par la parole écrite. En effet, l'écriture ne peut évoquer directement une idée dans le cerveau, elle évoque seulement l'image d'un mot, qui lui-même représente l'idée que l'on veut communiquer. Il s'ensuit un retard dans la transmission de la pensée, qui affaiblit nécessairement beaucoup l'effet de la suggestion et la rendait inévitablement moins efficace dans un cas comme celui-ci, où il faut un ordre rapide et un effet subit.

« Il y avait encore un autre inconvénient à employer la

suggestion par la vue dans notre cas particulier. La salle où je devais endormir le malade était très éclairée; en lui ouvrant les yeux, je me trouvais exposé à le faire passer à l'état de catalepsie, état dans lequel la suggestion eût été impossible.

« Enfin, je voulais me mettre dans les conditions où je me serais trouvé si ce malade n'avait su ni lire ni écrire, et je me décidai à employer le sens du toucher pour développer en lui une autre suggestion capable de le faire entendre.

« Le malade fut donc placé devant le miroir rotatif et, sans lui expliquer en aucune façon ce qu'on en attendait et ce qui devait arriver, je lui fis seulement signe de regarder.

« Au bout de dix minutes environ, il était évident que le malade commençait à s'hypnotiser, la poitrine était soulevée de temps en temps par une inspiration profonde, les yeux étaient fixes et les paupières battaient par moments.

« Je lui fermai les yeux avec les doigts, et aussitôt une inspiration plus profonde m'avertit qu'il était bien plongé dans le sommeil hypnotique.

« Je me plaçai bien en face du malade, et brusquement j'appliquai un doigt sur le conduit auditif externe, de chaque côté, de façon à le fermer complètement.

Je restai ainsi quelques secondes, afin de laisser cheminer dans son cerveau une auto-suggestion encore vague, relative au sens de l'ouïe; puis subitement, écartant les mains, je lui criai en même temps : « Entendez. »

« La même manœuvre fut répétée trois fois, et, après la troisième fois, le malade faisait signe avec la main qu'il commençait à entendre de l'oreille droite. Dès lors, le succès était certain et je pus développer la suggestion et lui

ordonner d'entendre et *d'entendre très bien* comme par le passé. J'appris alors qu'il avait dit par écrit que depuis longtemps il entendait beaucoup moins bien de l'oreille gauche que de la droite.

« Quand je fus assuré par ses gestes qu'il m'entendait parfaitement, je m'occupai de la parole et commençai à lui suggérer qu'il pouvait parler. Je lui fis d'abord répondre *oui* à certaines questions, en l'obligeant à répéter ce mot après moi ; je voulus alors lui faire prononcer son nom et le nom de la rue qu'il habitait ; mais je m'aperçus que la même difficulté se renouvelait pour chaque syllabe nouvelle qu'il fallait lui faire prononcer, pour chaque son qu'il devait émettre. Il semblait qu'il eût à la fois oublié la notion des différents sons et perdu la faculté de les produire.

« Je pris donc le moyen suivant pour rappeler rapidement à sa mémoire toutes les combinaisons possibles de sons, et lui faire faire en même temps toute sorte de gymnastique de la parole. Je le forçai à répéter après moi toute la série des chiffres depuis un jusqu'à trente, puis successivement toutes les lettres de l'alphabet. Au fur et à mesure que j'avancais dans cet exercice je voyais la parole devenir plus facile, et, aussitôt cette série terminée, j'étais certain qu'il pourrait parler facilement. Je lui fis donc quelques questions banales auxquelles il répondit correctement, puis je lui suggérai qu'il continuerait à entendre et à pouvoir parler après son réveil, et je l'éveillai par suggestion verbale (toute cette séance, depuis le moment où il avait été plongé dans le sommeil hypnotique n'avait pas duré plus de 15 minutes). Je constatai qu'il entendait parfaitement le

bruit de la montre placée entre les dents ou sur le front et qu'il entendait la voix basse à 5 mètres de distance.

« Je ne m'occupai pas ce jour-là de la paraplégie et fis reconduire le malade à son lit par les hommes qui l'avaient amené.

« Le lendemain, le malade fut de nouveau hypnotisé, et, par simple injonction verbale, on lui suggéra qu'il pourrait marcher. En effet, dès son réveil, il put se lever et retourner seul à la salle; dans la journée il put se promener n'ayant conservé qu'un peu de douleur et d'engourdissement dans le pied gauche. Ces symptômes disparurent complètement à la troisième hypnotisation; et, depuis lors, le malade marche et se promène comme tous les autres.

« Le 7 mai, le malade paraît plus morose et demande lui-même une séance qui est pratiquée; toute idée sombre disparaît et enfin d'Holl... va très bien le 23 mai, époque à laquelle il sort complètement guéri. »

OBSERVATION XII

Mutisme hystérique avec paraphrasie, agraphie et alexie.

Ringier (*Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*, 15 février 1894).

X..., jeune fille de 12 ans, chlorotique, atteinte de mutisme hystérique depuis quinze mois. La malade, jusqu'à l'âge de six ans, fut atteinte successivement de pneumonie, rougeole et amygdalite diphtérique. Depuis la dernière

maladie, état délicat du système nerveux. Un rien lui faisait peur, tant était exagérée son impressionnabilité.

Vingt mois avant, mourut son père, ce qui l'impressionna beaucoup.

Peu de temps après surviennent différents incidents, cause d'ébranlement de son système nerveux. C'est ainsi qu'en voyant projeter du deuxième étage un chat, par elle aimé, elle fut prise d'attaques de nerfs avec tremblement et angoisse.

Elle ne recouvrit la parole que peu à peu.

Depuis, vives émotions et peurs.

Quelques semaines plus tard, on lui apprit qu'un chien venait de mordre son frère à l'oreille et cette nouvelle provoqua chez elle une crise convulsive avec tremblements. La malade était comme paralysée et ne reconnaissait plus personne. Elle reprit lentement connaissance, mais elle avait complètement perdu la parole. Depuis cette époque, état surexcité, caractère irascible, fréquents accès de tremblement avec convulsions. Des douches et trois mois de séjour à la campagne produisirent une légère amélioration à sa santé. Quant à la faculté du langage, aucun progrès. Peu à peu elle parvint à créer, pour se faire comprendre de sa mère et de ses sœurs, un petit vocabulaire de dix-neuf mots inintelligibles, mais nettement prononcés.

Ainsi elle disait : « *Mamandre* au lieu de maman ; *aouhad* au lieu de moi-même ; *dog* au lieu de monsieur ; *dog aouhad* au lieu de son frère ; *hue* au lieu de jolie ; *hue ésèdre* au lieu de Dieu, etc. » Le vrai mot seul « rester » dont elle pouvait se servir, lui revint dans un moment d'angoisse.

Le 22 décembre 1892, elle fut soumise à un traitement

suggestif et dès la première séance tomba en un profond état de somnambulisme. Comme dans son sommeil hypnotique, ce fut en vain que j'essayai de la faire parler, j'eus recours à la suggestion suivante : « Vous retrouverez la parole le jour de l'an. »

La nuit de Noël, deux maisons d'en face chez elle brûlèrent. Quand je vins la voir, une demi-heure plus tard, elle était très agitée et avait de forts accès de tremblement. Je la fis coucher, lui fermai les yeux et lui ordonnai de dormir jusqu'au lendemain à midi et d'oublier complètement l'incendie.

Douze heures après, elle dormait encore tranquillement, et à son réveil elle n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé. Sans ce bon sommeil, on aurait pu craindre de fâcheuses conséquences.

Enfin, le 31 décembre (jour de Sylvestre), je parvins à lui faire répéter tout, d'abord avec hésitation, puis avec netteté, et finalement j'obtins des réponses précises. En lui écrivant le mot qu'elle ne pût prononcer, je m'aperçus qu'elle ne savait lire et en poussant plus loin mes investigations, je reconnus que lettres et chiffres lui étaient totalement inconnus et qu'il me fallait lui rapprendre à lire et à écrire. L'exercice de conversation, leçon de lecture et d'écriture, le tout dura environ deux heures.

Le 1^{er} janvier 1893, elle se réveilla joyeuse, on remarqua alors en elle un changement favorable. Une semaine après elle cesse le traitement, mais ce fut malheureusement trop tôt, car pour calmer son système nerveux, il aurait été bon de le prolonger davantage.

Cependant la malade continue à bien se porter.

OBSERVATION XIII

Bégalement hystérique. — Higier (*Berl. klin. Wochens.*,
21 août 1893).

B. B..., horloger, 18 ans, souffrait depuis plusieurs années d'une maladie de cœur, de battements cardiaques et de douleurs rhumatismales articulaires, augmentant sous l'influence d'émotions morales. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il fut pris subitement, et cela pendant deux heures et demie, d'une attaque apoplectique typique, accompagnée de mutisme d'une durée de cinq jours et de troubles moteurs et sensitivo sensoriels unilatéraux.

Il résulte des commémoratifs du malade qu'on trouve réunies dans la famille plusieurs diathèses (goutte, rhumatisme, lithiase biliaire). Les dix sœurs et ses cousines sont atteintes de maladies de nature nerveuse (neurasthénie, hystérie, migraine, chorée, folie).

Le malade eut pendant les sept dernières années (diverses maladies) qui, à un examen approfondi, apparaissent comme symptômes d'hystérie (vomissements, hoquets, polyurie, polydipsie, palpitations cardiaques, entéralgie, arthralgie, etc.).

A l'examen du malade, on trouve : hémip légie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche; outre ces symptômes frappants, on observait également grand nom-

bre de manifestations de nature hystérique, à savoir : allure traînante des hémiplegiques hystériques, rétrécissement concentrique du champ visuel pour toutes les couleurs spectrales, polyopie et macropsie monoculaire, analgésie du côté droit, spasme glosso-labial, céphalalgie, contracture permanente de quelques muscles, spasme clono-tonique d'une paupière, spasme vésical, hyperexcitabilité vaso-motrice, syndrome de Weber (hémiplegie gauche avec ptosis du côté droit), sensation de constriction avec troubles respiratoires. Au cours de la maladie survinrent deux attaques hystéro-épileptiques, *accompagnées d'un bégaiement subit et de peu de durée.*

Le diagnostic : « apoplexie hystérique » a été confirmé plus tard par la thérapeutique.

C'est qu'en effet, après une hypnose plusieurs fois répétée, on arrive à améliorer notablement l'état et à faire en peu de temps disparaître presque complètement l'hémiplegie.

OBSERVATION XIV

Mutisme hystérique dû au spasme des muscles masticateurs. — Leuch (*Munch. med. Wochens.*, 1890).

Femme S. S..., 54 ans, entrée le 16 septembre 1889.

Antécédents : pas d'hérédité à constater ; la malade a eu des maladies d'enfance, mais elle ne se rappelle pas lesquelles.

Il y a dix ans, elle est devenue triste et abattue à tel point que son admission dans un asile d'aliénés a été jugé nécessaire, d'où elle est sortie guérie après quatre ans de séjour.

La maladie actuelle date depuis trois ans et depuis cette époque elle n'a plus eu ses règles.

État actuel. — La malade est d'une bonne constitution, l'expression de sa figure est calme et ne présente rien d'anormal. Pendant l'examen apparaissent subitement *des contractions chroniques des masséters*, de façon que le maxillaire inférieur fait des mouvements rythmés de haut en bas.

La langue reste tranquille, les yeux sont fermés. L'attaque dure à peine une minute. La pression digitale sur le nerf maxillaire gauche est un peu douloureuse et réveille chaque fois une nouvelle attaque avec des mouvements rythmiques de mastication du maxillaire inférieur. La malade attribue ces crises, qui paraissent habituellement le matin et le soir, à son état psychique. Dans l'intervalle des attaques, il n'y a rien du côté de la langue, tandis que pendant les attaques la malade parle une langue tout à fait inintelligible, parce que l'articulation est fortement gênée par les mouvements permanents du maxillaire inférieur.

Les organes internes sont intacts.

Histoire de la maladie. — Au début, le nombre des attaques allait en diminuant, tandis que la voix devenait tout à fait aphone ; mais plus tard les attaques redevenaient fréquentes, et la malade a eu la difficulté de parler et la difficulté de manger.

Dès le 8 octobre elle est devenue tout à fait muette et n'a pas pu parler en chuchotant, mais a pu souffler et siffler.

Si on lui demande la cause de son mutisme, elle indique son cou. Avec l'infirmière et les autres malades, elle communique par la mimique et jamais par écrit. Les mouvements cloniques du maxillaire inférieur apparaissent encore sous forme de crises et se terminent par un hoquet; chaque attaque dure une minute, les intervalles entre les attaques durent un peu plus. Pas d'anesthésie du pharynx, les cordes vocales fonctionnent bien dès que la malade essaie d'émettre des sons.

Le 11 octobre, l'infirmière raconte que la malade, le matin en se levant, a été brusquement jetée par terre. Pendant la visite du médecin, la manœuvre se répète : la malade tombe d'abord sur le rebord du lit, s'appuie sur ce bord et tombe petit à petit et doucement à terre. En même temps apparaissent de nouveau les mouvements rythmiques de mastication à la fin de l'attaque d'une demi-minute de durée; elle se relève spontanément et toute seule.

Le 13 octobre, la malade répond à la question « comment va-t-elle » — « Va » distinctement, mais d'une voix tout à fait aphone « bien ». Le lendemain la parole est de nouveau revenue, mais la malade fait visiblement des efforts pour parler.

La récupération de la faculté de parole, est effectuée de la manière suivante : dans la nuit la malade rêvait de choses terrifiantes, et brusquement, au milieu d'une angoisse, elle s'est écriée « Mère » et d'une voix si haute que les malades voisines se sont réveillées.

Dès ce moment la malade peut tout dire d'une voix haute et distincte sans bégaiement et sans raucité. De même dès

ce moment les attaques de mouvements de mastication deviennent de jour en jour plus rares.

Le 29 octobre, la malade quitte l'hôpital; elle fait cependant encore quelques mouvements cloniques avec son maxillaire inférieur, mais est capable de les supprimer par sa volonté.

La voix et la parole sont devenues tout à fait normales.

CONCLUSIONS

1° Le mutisme se rencontre rarement au cours de l'hystérie.

Quand il existe, comme une des manifestations de cette névrose, il débute généralement d'une façon brusque et succède, soit à une attaque franche de l'hystérie, soit à une émotion morale vive.

2° Dans la plupart des cas, le mutisme hystérique s'observe sous forme d'aphasie motrice pure sans complications, à savoir : l'agraphie et la surdité verbale.

3° Le muet hystérique est privé du langage articulé ; il conserve par contre toutes les autres facultés du langage, telles que l'écriture, la lecture, la mimique. Il est muet et complètement aphone, mais son intelligence reste absolument intacte, ce qui n'est pas le cas du mutisme vésanique auquel il faudra songer quand il s'agira de faire le diagnostic différentiel. Dans le cas où le mutisme aurait revêtu une physionomie moins franche, il est de toute nécessité de rechercher les autres stigmates de l'hystérie. Remarquons pourtant que le mutisme se présente quelquefois comme la seule manifestation de l'hystérie (Pitres).

4° Le pronostic en est le plus souvent bénin, mais sa durée est extrêmement variable. Le mutisme disparaît : 1°

aussi brusquement qu'il est venu et souvent sous l'influence de la même cause morale qui lui avait donné naissance, ou bien, 2° graduellement en donnant lieu au bégaiement.

5° Le bégaiement que nous constatons chez les hystériques est un trouble du langage, souvent passager, dont les caractères sont semblables à ceux du bégaiement vulgaire.

6° Il peut exister également chez l'homme et chez la femme.

7° On constate généralement ce trouble à la suite d'une attaque d'aphasie de courte durée, d'un traumatisme, d'une émotion morale vive. Quelquefois il s'établit d'emblée.

8° Il persiste pendant un temps variable avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

9° Enfin, tout médecin ayant affaire à un bégaiement se présentant dans ces circonstances et avec ces caractères, doit rechercher chez son malade les stigmates permanents de l'hystérie.

10° TRAITEMENT

<i>Mutisme</i>	<i>Bégaiement</i>
Général : toniques, l'hydrothérapie.	Toniques, l'hydrothérapie.
Local : Électricité, massage du larynx, gymnastique vocale.	Gymnastique vocale.
Psychique : Suggestion.	Suggestion.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALL. — Encéphale, 1881.
- BALLET. — Revue de méd., 1893.
- BALLET. — Communication à la Soc. méd. des hôp., 1889.
- BATEMAN. — Gaz. hebd., 1870.
- BOUCHAUD. — J. de sc. méd. de Lille, 1887.
- CARTAZ. — Progr. méd., 1886, nos 7, 9, 10.
- CHABERT. — Progrès méd., 1893.
- CHARCOT. — Leçons sur les mal. du s. nerveux, t. III, p. 422.
- CHARCOT. — Leçons du mardi de la Salpêtrière, 1887-1888, p. 364.
- CHERVIN. — Revue de neurologie, 1891.
- CLOSMADÉUC. — Gaz. hebd., 1878.
- CRITZMAN. — Gaz. hebd. de méd. et de chir. de Paris, n° 36, 1891.
- DELLO-STROLOGO. — Morgagni, 1887.
- DEMME. — Wien. Med. Blaet., 1884.
- DRUÈNE. — Thèse de Paris, 1894.
- FISCHER. — Deuts. Med. Wochens., 1887.
- FRANCOTTE. — Mercredi méd., n° 40, 1894.
- GAREL. — Prov. méd., 1887.

- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie.
GREDBERG. — Vrach, 6 octobre 1894.
GUCCI. — Archivio italiano per le malattie nervose, 1889.
HIGIER. — Berl. klin. Wochens., 21 août 1893.
JOHNSTON. — New-York. Med. Journ., 1885.
KRISHABER. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1868.
LÉMOINE. — Méd. moderne, 31 mai, 3 juin 1893.
LÉPINE. — Revue de méd., 1891.
LEUCH. — Münch. med. Wochens., 1890.
LIOUVILLE et DEBOVE. — Progrès méd., 1876.
LÖWENFELD. — Aertzlich. Intelligenzbl., 1883.
MENDEL. — Berl. klin. Wochens., 1887.
MORET. — Thèse de Paris, 1890.
NATIER. — Revue de laryng., 1888.
NATIER. — Ann. de la Polic. de Paris, 1894, IV, 256-262.
PAGE. — Londres, 1885.
PHILIPPEAU. — Gaz. méd. de Lyon, 1856.
PITRES. — Hystérie et hypnotisme.
REVILLIOD. — Revue méd. de la Suisse rom., 1883,
p. 560.
RINGIER. — Corr. Bl. f. Schw. Aerzte, 15 février 1894.
SÉGLAS. — Des troubles du langage chez les aliénés.
Paris, 1892.
SEIFERT. — Berl. klin. Wochens., 1893.
SEVESTRE. — Soc. méd. des hôpitaux, 1882.
SIKORSKI. — Du bégaiement. Kieff., 1889.
TROISIER. — Soc. méd. des hôp., 8 avril 1891.
TROUSSEAU. — Cl. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1868, t. II,
p. 261.
WASTON. — Philosoph. Transact., t. XIV.
WELS. — Med. communicat., 1790.

VU :

Le Président,

STRAUS.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

